

Menns håndtering av sykdom

*- en kvantitativ undersøkelse av menn
med hjerte- og karsykdommer*

Tomas Hoel

Masteroppgave i sosiologi

Februar 2007

Universitetet i Oslo
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Sammendrag

I denne mastergradsoppgaven undersøker jeg hvordan ulike grupper menn håndterer hjerte- og karsykdommer (HKS). Analysene bygger på tallmateriale hentet fra Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse fra 2002, *Samordnet levekårsundersøkelse 2002 – tverrsnittundersøkelsen*. Følgende spørsmål besvares i oppgaven: Om sykdomshåndtering varierer blant menn, hvilke forhold det er som betinger variasjoner i sykdomshåndteringen og hvordan eventuelle variasjoner kan forklares.

Dette bidraget er ikke hovedsakelig ment som et ledd i forskningen på menn og HKS, i stedet er HKS en "takknemmelig" sykdom når det gjelder å undersøke forskjeller i håndtering av sykdom i forhold til kjønn. Det er flere grunner til dette. For det første er HKS hovedårsaken til død i Norge. For det andre dør menn tidligere enn kvinner, og deres kortere levealder skyldes i stor grad HKS. Antallet tilfeller av HKS er høyere blant menn enn blant kvinner på alle alderstrinn, og andelen menn som dør som følge av HKS er større. Man har derfor en stor gruppe fra hvert kjønn som er like i forhold til sykdom, men likevel ulike i forhold til utfallet av den.

Det overordnede perspektivet i oppgaven er kjønnsperspektivet, med tanke på at hvordan man håndterer sin egen helse ofte ligger forankret i vår forståelse av oss selv som kjønn. Teoretikerne som benyttes i denne oppgaven representerer i hovedsak en form for inkluderende feminisme som gjør en systematisk studie av menn og maskuliniteter mulig. Gjennom et slikt perspektiv er det mulig å belyse hvordan menn og kvinner håndterer sykdom forskjellig. Videre benyttes teori og empiri for å diskutere kroniske sykdommer generelt, og hjerte- og karsykdommer spesielt.

I de siste årene har det i Norge vært økt fokus på kvinners helse- og kroppserfaringer. Den feministiske forskningen har både nasjonalt og internasjonalt bidratt med perspektiver på dette feltet. Sentralt for det feministiske perspektivet ligger det å se kjønn som en hovedakse hvor det sosiale livet organiseres rundt. Gjennom et slikt perspektiv har det blitt vektlagt hvordan kvinner påvirkes av samfunnet rundt seg som en følge av deres kjønn, og gjennom dette hvorfor det er viktig med et kjønnsperspektiv for å forstå kvinners levekår, helse og sykdommer. Til forskjell fra mange feministiske forskere, som har vært kvinner, har menn i akademia og helseyrker stort sett feilet i å forsones seg med det faktum at patriarkatet og kjønnsrollemønstre påvirker vaner, overbevisninger, politiske institusjoner, familierelasjoner,

seksualitet, medisin, og håndtering av sykdom. I studier av menns sykdomshåndtering er det viktig å ikke fokusere utelukkende på helsen og sykdommen i seg selv, men å inkludere sosiale forventninger til gutter og menn i analysen, og å betrakte helseproblemene og forståelsen av egen helse i forhold til ulike livsarenaer. Jeg mener derfor at for å vurdere menns helseforståelse, må denne sees i lys av kjønnsforståelsen. Antagelsen er at menns holdning til og håndtering av sykdom har sammenheng med hvilke holdninger de har til seg selv som kjønn.

Mye av forskningen på menn og sykdomshåndtering som har vært gjort i Norge, er basert på kvalitativ forskning. Til nå har ingen kvantitative undersøkelser om menn og sykdomshåndtering med utgangspunkt i et kjønnsperspektiv blitt utført. I denne oppgaven vil jeg presentere et kvantitativt bilde av menn og sykdomshåndtering i håp om at det kan supplere det kvalitative bildet. Sykdomshåndteringen vil bli belyst og satt i sammenheng med særlig tre arenaer; følelser, arbeid og kontakt med helsevesenet.

Takksigelser

Først og fremst vil jeg takke min hovedveileder Ulla-Britt Lilleaas og min biveileder Jorun Ramm for hjelp og støtte underveis.

Selv om Per Arne Tufte i utgangspunktet ikke har hatt noe med meg og min oppgave å gjøre, har han vært behjelpelig og tatt meg i mot med åpne armer når jeg har trengt det. En stor takk til han.

Jeg vil også takke min samboer, Hilde, for støtte, tålmodighet og uvurderlig hjelp i innspurten. Innsatsen du har gjort har vært beundringsverdig.

Til slutt vil jeg uttrykke min takknemmelighet til ”Senter for kvinne- og kjønnsforskning” (SKK) som har bidratt med et fantastisk miljø i arbeidet med oppgaven. Jeg har disponert kontorplass der i tiden som mastergradsstudent. De ansatte der har inspirert meg siden første gang jeg kom i kontakt med senteret og vil forstette å inspirere meg også nå som min tid der er over.

Tomas Hoel

Oslo, februar 2007

Innhold

SAMMENDRAG	III
TAKKSIGELSER	V
INNHold	1
TABELL- OG FIGUROVERSIKT.....	3
1 INNLEDNING	5
1.1 OPPGAVENS FORMÅL.....	6
1.2 PERSPEKTIV	7
1.3 METODISK TILNÆRMING.....	7
1.4 GANGEN I OPPGAVEN	7
2 TEORETISKE TILNÆRMINGER.....	9
2.1. SOSIOLOGISK SYKDOMSFORSTÅELSE.....	9
2.2. HJERTE- OG KARSYKDOM OG KRONISKE LIDELSER	11
2.2.1. <i>Kroniske sykdommer</i>	12
2.2.2. <i>Å leve med hjerte- og karsykdommer</i>	13
2.2.2.1 <i>Møtet med sin egen usikkerhet</i>	13
2.2.2.2 <i>Hjerte- og karsykdom og den biografiske fortellingen</i>	14
2.3 HÅNTERING AV SYKDOM.....	16
2.3.1 <i>Mestring</i>	17
2.3.2 <i>Håndteringsoppgaver og håndteringsstrategier</i>	17
2.4 KJØNNEDE SYKDOMMER OG HJERTE- OG KARSYKDOMMERS PRESTISJE.....	18
2.5 KJØNN OG HÅNTERING AV SYKDOM	20
2.5.1 <i>Menn, maskulinitet og sykdomstilnærming</i>	20
2.5.2 <i>Tøff eller følsom?</i>	22
2.5.3 <i>De farlige følelsene</i>	23
2.5.4 <i>Forskjellige kropp, forskjellige handlinger</i>	25
2.5.5 <i>Sykdom og konstruksjon av kjønn</i>	26
2.6. ÅRSAKER TIL VARIASJONER I SYKDOMSADFERDEN	28
2.6.1 <i>Menns vennskap</i>	29
3 UTLEDNING AV HYPOTESER.....	31
3.1 SOSIAL KONTAKT	32
3.2 BRUK AV HELSETJENESTER OG OPPFØLGING AV EGEN SYKDOM	33
3.3 ARBEID OG FRITID	35
3.4 HYPOTESER	36
4 DATAGRUNNLAG OG OPERASJONALISERING AV VARIABLE	38
4.1 METODEN I DATAINNSAMLINGEN	38
4.2 HVEM ER DE MED HJERTE- OG KARSYKDOM?	41
4.3 AVHENGIGE VARIABLE	42
4.3.1. <i>Variabler som beskriver sosial kontakt</i>	43
4.3.1.1 <i>Fortrolighet</i>	43
4.3.1.2 <i>Å snakke med andre om sine helseproblemer</i>	43

4.3.1.3 Livskvalitet	44
4.3.2. Variabler som beskriver kontakt med helsevesenet.....	49
4.3.3 Variabler som beskriver arbeidsvaner hos personer med HKS	49
4.4 FORKLARINGSVARIABLER	50
4.4.1 Alder.....	50
4.4.2 Utdannelse	50
4.4.3 Å leve med partner.....	51
4.4.4 Sosioøkonomisk status.....	52
5 METODISK TILNÆRMING	53
5.1 LINEÆR REGRESJON.....	53
5.2 LOGISTISK REGRESJON	55
5.3 ORDINAL LOGISTISK REGRESJON	56
6 NÆRHET I SOSIALE NETTVERK OG KANALER BRUKT TIL Å SNAKKE OM HELSEPROBLEMER HOS MENN MED HKS.....	59
6.1 ANALYSE AV MENN MED HKS OG NÆRHETEN I SOSIALE NETTVERK	59
6.2 ANALYSE AV HKS OG I HVILKEN GRAD MENN SNAKKER OM PROBLEMER KNYTTET TIL SYKDOMMEN	63
6.3 ANALYSE AV PARFORHOLD OG LIVSKVALITET HOS MENN MED HKS.....	66
6.3.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel.....	66
6.3.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel.....	68
6.3.3 Ordinal regresjon med vurdering av egen helse som avhengig variabel.....	69
6.4 DISKUSJON	72
7 LEGEKONTAKT OG LIVSKVALITET HOS MENN MED HKS	75
7.1 ANALYSE AV HKS-SYKE MENNS KONTAKT MED LEGE	75
7.2 ANALYSE AV SAMMENHENG MELLOM KONTAKT MED LEGE OG LIVSKVALITET HOS PERSONER MED HKS.....	77
7.2.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel.....	78
7.2.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel.....	81
7.2.3 Ordinal regresjon med vurdering av helse som avhengig variabel	84
7.3 DISKUSJON	86
8 ARBEID, SAMLIV OG LIVSKVALITET HOS MENN MED HKS	89
8.1 ANALYSE AV HKS OG GRAD AV ARBEID	89
8.1.2 Logistisk regresjon av arbeidsgrad ut fra HKS og parforhold	91
8.1.2.1 Prediksjon av sannsynlighetene og tolkning av hypotesene.....	93
8.2 ANALYSE AV SAMMENHENG MELLOM HKS OG SYSSELSETTING PÅ LIVSKVALITET	94
8.2.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel.....	94
8.2.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel.....	96
8.2.3 Ordinal regresjon med vurdering av egen helse som avhengig variabel.....	97
8.3 DISKUSJON	99
9 OPPSUMMERING OG DISKUSJON	102
9.1 TEORETISK BAKGRUNN OG FUNNENE FRA ANALYSENE.....	102
9.2 OVERFØRINGSVERDI FRA HÅNDTERING AV HKS TIL HÅNDTERING AV ANDRE SYKDOMMER	106
9.3 SVAKHETER VED ANALYSENE.....	106
9.4 FREMTIDIG FORSKNING	107
LITTERATURLISTE.....	108

Tabell- og figuroversikt

Tabell 4.1: Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av alle voksne menn i alderen 45 år og eldre	46
Tabell 4.2: Opplevelse av psykiske plager de siste 14 dager. Prosent av voksne menn med HKS i alderen 45 år og eldre	47
Tabell 4.3: Gjennomsnittelig skåre på angst og depresjon for menn i alderen 45 år og eldre	47
Tabell 4.4: Fordeling på utdanningsnivå hos personer med HKS	51
Tabell 6.1: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og sannsynlighet for å ha noen fortrolige	61
Tabell 6.2: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og i hvilken grad man snakker om problemer knyttet til helsen	62
Tabell 6.3: Indeksskåre for ”å snakke med andre om sine helseproblemer”	65
Tabell 6.4: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og parforhold hos menn med HKS	67
Tabell 6.5: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og parforhold hos menn med HKS	68
Tabell 6.6: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurdering av egen helse og det å leve i parforhold hos menn med HKS	69
Tabell 6.7: Menns vurdering av egen helse ut fra parforhold og HKS	70
Tabell 7.1: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og sannsynlighet for å ha legekontakt	76
Tabell 7.2: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og legekontakt hos personer med HKS	78
Tabell 7.3: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og legekontakt	81
Tabell 7.4: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurdering av egen helse og legekontakt hos personer med HKS	85
Tabell 7.5: Menns vurdering av egen helse ut fra HKS og legekontakt	86
Tabell 8.1: Krysstabell over utført arbeid blant sysselsatte menn fra 45 år	90
Tabell 8.2: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og parforhold og sannsynlighet for å ha utført inntektsgivende arbeid	92
Tabell 8.3: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og sysselsetting hos menn med HKS	94
Tabell 8.4: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og sysselsetting hos personer med HKS	96
Tabell 8.5: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurdering av egen helse og sysselsetting hos personer med HKS	97
Tabell 8.6: Menns vurdering av egen helse ut fra HKS og sysselsetting, alder 45 til 67 år.....	98
Tabell 9.1: Oversikt over hypotesene og resultater fra analysene	102

Figur 6.1: Sannsynlighet for å ha noen fortrolige, for menn og kvinner med og uten HKS.....	62
Figur 7.1: Sannsynlighet for å ha vært i kontakt med lege fem ganger eller mer de siste 12 månedene for menn og kvinner med og uten HKS	76
Figur 7.2: Skåre på angstindeks for personer med og uten HKS i forhold til legekontakt	80
Figur 7.3: Skåre på depresjonsindeks for personer med og uten HKS i forhold til legekontakt.....	82

1 Innledning

Hensikten med oppgaven er ved hjelp av kvantitative analyser å undersøke hvordan ulike grupper menn håndterer hjerte- og karsykdommer (HKS). Analysene bygger på tallmateriale hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB) levekårsundersøkelse fra 2002. I de siste årene har det i Norge vært økt fokus på kvinners helse- og kroppserfaringer. Dette har blant annet ført at Norge i 1999 fikk den første offentlige utredningen for kvinners helse. I utredningen ble det lagt vekt på viktigheten av et kjønnsperspektiv for å forstå kvinners levekår, helse og sykdommer. Den feministiske forskningen har både nasjonalt og internasjonalt bidratt med perspektiver på dette feltet. Sentralt for det feministiske perspektivet ligger det å se kjønn som en hovedakse hvor det sosiale livet organiseres rundt. Gjennom et slikt perspektiv har det blitt vektlagt hvordan kvinner påvirkes av samfunnet rundt seg som en følge av deres kjønn. Til forskjell fra mange feministiske forskere, som har vært kvinner, har menn i academia og helseyrker i mindre grad forsonet seg med det faktum at kjønnsrollemønstre påvirker vaner, overbevisninger, politiske institusjoner, familierelasjoner, seksualitet, medisin og håndtering av sykdom.

I studier av menns sykdomshåndtering er det viktig å ikke fokusere utelukkende på helsen og sykdommen i seg selv, men å inkludere sosiale forventninger til gutter og menn og å betrakte helseproblemene og forståelsen av egen helse i forhold til ulike livsarenaer. Jeg mener derfor at for å vurdere menns helseforståelse, må denne sees i lys av kjønnsforståelsen. Antagelsen er at menns holdning til og håndtering av sykdom har sammenheng med hvilke holdninger de har til seg selv som kjønn.

Menn og hjerte- og karsykdommer har fått mye oppmerksomhet i forskningen gjennom tiden. Dette bidraget er ikke hovedsakelig ment som et ledd i forskningen på menn og HKS, i stedet er HKS en "takknemmelig" sykdom når det gjelder å undersøke forskjeller i håndtering av sykdom i forhold til kjønn. Det er flere grunner til dette. For det første er HKS hovedårsaken til død i Norge. For det andre dør menn tidligere enn kvinner, og deres kortere levealder skyldes i stor grad HKS. Antallet tilfeller av HKS er høyere blant menn enn blant kvinner på alle alderstrinn, og andelen menn som dør som følge av HKS, er større. Det finnes derfor en stor gruppe fra hvert kjønn som er like når det gjelder

sykdom, men ulike i forhold til utfallet av den. Håndteringen av HKS kan kanskje gi oss noen svar på hvorfor det forholder seg slik.

Med bakgrunn i dette tar jeg i denne oppgaven sikte på å undersøke *variasjoner i sykdomshåndtering hos ulike grupper menn med HKS*. Hovedfokus vil være følgende:

- *Varierer sykdomshåndteringen blant menn?*
- *Hvilke forhold er det som betinger variasjoner i sykdomshåndteringen?*
- *Hvordan kan eventuelle variasjoner forklares?*

1.1 Oppgavens formål

Menn og maskuliniteter har hatt noe fokus i internasjonal forskning. Studier har vist at menn skiller seg fra kvinner på flere punkter. Menn har vanskeligheter med å vise følelser (Seidler 1987, Courtenay 2000). Menn ønsker å fremstå som sterke og unngår derfor å søke hjelp (Helgeson 1995). Deres identitet er nært knyttet til forsørger- og arbeidstagerrollen (Connell 1995 og Lilleaas 2006). I Danmark har menns helse vært løftet fram som et eget forskningsfelt, og i et av studiene derfra viste det seg at menn i mindre grad enn kvinner snakker om sine lidelser. De benekter at noe er i veien og lider heller i stillhet. I norsk sammenheng har det også i de siste årene vært et økende fokus på kjønns betydning for håndtering av sykdom, både når det gjelder menn og kvinner. Blant annet har sosiologen Ulla-Britt Lilleaas et pågående forskningsprosjekt, hvor hun forsøker å etablere et felt hvor kjønnsperspektiver på menns kroppsvaner og helseforståelse står i fokus, og på våren 2006 ble det i Oslo holdt en større nordisk konferanse hvor temaet var *Menn og helse*, hvor forskere fra hele Skandinavia og Storbritannia deltok.

Mye av forskningen på menn og sykdomshåndtering som har vært utført i Norge, er basert på kvalitativt materiale. Til nå har ingen kvantitative undersøkelser av menn og sykdomshåndtering som tar utgangspunkt i et kjønnsperspektiv blitt utført. I denne oppgaven vil jeg presentere et kvantitativt bilde av menn og sykdomshåndtering i håp om at det kan supplere det kvalitative bildet. Sykdomshåndteringen vil bli belyst og satt i sammenheng med særlig tre arenaer; *følelser, arbeid og kontakt med helsevesenet*.

Hypotesene blir utledet fra teori og kvalitativ empiri og blir deretter undersøkt kvantitativt.

1.2 Perspektiv

Overordnet i oppgaven er kjønnsperspektivet. Måten man håndterer sin egen helse på ligger ofte forankret i forståelsen av en selv som kjønn. Jeg kommer til å vise hvordan en sosiologisk sykdomsforståelse hvor den sosiale karakteren til helse og sykdom er sentral, åpner for å innta dette perspektivet. Teoretikerne som benyttes i denne oppgaven, representerer i hovedsak en form for inkluderende feminisme som gjør en systematisk studie av menn og maskuliniteter mulig. Ved hjelp av et slikt perspektiv er det mulig å belyse hvordan menn og kvinner håndterer sykdom forskjellig. Videre vil det benyttes teori og empiri for å diskutere kroniske sykdommer generelt og hjerte- og karsykdommer spesielt.

1.3 Metodisk tilnærming

I oppgaven benyttes tallmateriale basert på Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2002. Dette er en tverrsnittsundersøkelse hvor 6827 personer er intervjuet. Av disse er det 275 personer (4 %) som har HKS. Det finnes ulike analyseteknikker som kan tas i bruk for å vurdere et statistisk materiale. For å teste hypotesene i denne oppgaven benyttes ulike former for regresjonsanalyse; *lineær*-, *logistisk*-, og *ordinal logistisk regresjon*. Til databehandling og statistisk analyse benyttes statistikkprogrammet *SPSS*¹ versjon 12.0.1.

1.4 Gangen i oppgaven

I *kapittel 2* blir de teoretiske perspektivene lagt fram. Kapittelet starter med å ta for seg hva som kjennetegner personer med kroniske sykdommer og hjerte- og karsykdommer. Dette vil deretter bli forsøkt knyttet opp mot kjønn, ved hjelp av et utvalg teoretikere som har gjort studier på feltet. På denne måten dannes et bilde av hva som kjennetegner den HKS-syke mannen.

¹ Statistical Product and Service Solutions

I *kapittel 3* utledes hypotesene i forhold til følgende tre arenaer; *sosial kontakt, arbeid og fritid*, og *bruk av helsetjenester og oppfølging av egen sykdom*. Utleiding av hypotesene skjer med bakgrunn i teori fra kapittel 2. I *kapittel 4* presenteres datamaterialet og dets styrker og svakheter. I dette kapitlet forklares også hvordan variablene er operasjonalisert. *Kapittel 5* tar for seg den metodiske tilnærmingen, det vil si hvilke metoder som er brukt, og hvorfor nettopp disse er benyttet.

Analysene presenteres i kapittel 6, 7 og 8. I *kapittel 6* blir hypotesene som omhandler sosial kontakt, analysert. I *kapittel 7* blir bruk av helsetjenester undersøkt, mens arbeid og fritid blir analysert i *kapittel 8*. Hvert kapittel begynner med en forholdsvis teknisk gjennomgang av analysene og resultatene før funnene diskuteres nærmere og knyttes sammen i slutten. I *kapittel 9* blir resultatene diskutert i forhold til den teori og empiri som lå til grunn for hypotesene.

2 Teoretiske tilnærminger

I dette kapitlet forklares hva som menes med håndtering av sykdom og hvordan HKS skal forstås i denne oppgaven. Et sentralt element vil være kjønnsperspektivet. I sammenheng med dette vil koblingen mellom sykdom (her HKS) og kjønn og hvordan mange av følgene sykdommen får for den syke, passer dårlig med det vi ofte forbinder med mannlighet, bli diskutert. I den forbindelse vil begrunnelsen for at kjønn er en viktig dimensjon å se sykdomshåndteringen i lys av, bli forklart. Umiddelbart kan dette se ut til å gi ensidig fokus på kjønn, men det er viktig å være klar over at mangfoldet blant menn er stort, og følgelig at det eksisterer mange ulike handlingsstrategier. Også andre elementer vil bli brakt inn for å undersøke om forskjellene i sykdomshåndtering kun skyldes kjønn alene, eller om håndtering av HKS avhenger av helt andre faktorer. Videre tar dette kapitlet sikte på å avgrense og å redegjøre for begreper som inngår i analysen som følger. Aller først i kapitlet beskrives det hvordan en sosiologisk tilnærming til sykdom skiller seg fra en medisinsk. Dette for å vise hvordan sosiologien muliggjør det å se sykdom og sykdomshåndtering i lys av et kjønnsperspektiv, siden dette er hovedfokus i oppgaven.

2.1. Sosiologisk sykdomsforståelse

For å forstå hvordan en sykdom kan påvirke oss forskjellig, må vi lete et annet sted enn i biomedisinen. Innen medisin er det vanlig å se på sykdom som et biologisk fenomen (Per Måseide 1983). Kroppslige mangler eller dysfunksjoner forstås her i et avgrenset forhold til kroppen. Det betyr for eksempel at kreftsykdommer har å gjøre utelukkende med viltvoksende celler, mens hjerte- og karsykdommer skyldes feil i hjerte- og karsystemet alene. Dette er en svært individualistisk² eller somatisk³ sykdomsoppfatning, og den deles ikke av alle medisinere. De fleste medisinere legger selvsagt vekt på livsstil i sine årsaksforklaringer til sykdom. Likevel er det å se sykdom som et rent biologisk fenomen

² Individualistisk betyr i denne sammenheng at sykdommen er knyttet til og avgrenset til enkeltindivider (Måseide 1983: 33).

³ Somatisk betyr her at perspektivet er avgrenset til de konkrete og observerbare somatiske prosessene. Ifølge denne sykdomsoppfatningen er det bare biologiske perspektiver som er gyldige i forståelsen av sykdom (Måseide 1983: 33).

for å karakterisere sykdommen, både nødvendig og legitimt for biologer og medisinerere. Et slikt perspektiv kan utvides ved å trekke inn sosiokulturelle forhold. Man kan for eksempel spørre hvilke sosiale aspekter og miljøforhold som fører til forskjellige sykdommer. Et eksempel på dette er at man tidlig innså at det var en sammenheng mellom de store epidemiene og folks levesett og -kår (Måseide 1983: 34). Når det gjelder HKS, begrenser dette perspektivet seg i stor grad til å gjelde årsaksforklaringer og hvilke forholdsregler man bør ta i forhold til sykdommen. At enkelte blir rammet av bestemte sykdommer kan selvsagt ha biologiske forklaringer, men disse gir oss liten forståelse om hvordan sykdom påvirker oss, og hvordan den kan påvirke oss forskjellig.

Sosiologien har en annen innfallsvinkel til sykdom og sykdomsforståelse enn biomedisinen. I den sosiologiske tilnærmingen er den sosiale karakteren til helse og sykdom sentral. Sykdom kan være et sosialt fenomen. Helseproblemer oppstår sjelden rent tilfeldig; de varierer med sosiale grupper, langs dimensjoner som for eksempel klasse, kjønn, etnisitet og alder. Derfor er helse og sykdom nært knyttet til et individs sosiale posisjon, noe som igjen kan ha stor innvirkning på individets egen opplevelse av sykdommen. På en annen side er helse og sykdom knyttet til de sosiale forholdene som konstituerer vårt dagligliv og samfunnet for øvrig; både på mikro- og makronivå. Helse og sykdom er sosiale fenomener fordi de har implikasjoner for samfunnets gang; på politisk nivå når det gjelder distribusjonen av ressurser, og på personlig nivå fordi helse og sykdom påvirker vårt forhold til andre og samfunnet rundt oss (Michael Bury 1997).

Å se sykdom og helse som sosiale fenomener, forutsetter at man inntar et *sosiokulturelt* perspektiv på sykdom. Innen medisinsk sosiologi står denne sykdomsoppfatningen sentralt. En slik oppfatning av sykdom viser til at forståelsen av og responsen på sykdom er påvirket av sosiale og kulturelle forhold. Sykdommens sosiokulturelle uttrykk dreier seg om kulturelle variasjoner av symptomer og respons på smerter og annet ubehag knyttet til sykdommen. Dette til forskjell fra å se sykdommen som en ren somatisk tilstand hvor symptomene kun er manifestasjoner av en underliggende biologisk realitet.

Denne korte gjennomgangen er ment å illustrere at sykdomsperspektivet i sosiologien ikke er direkte avhengig av en biomedisinsk tilstand. Isteden blir sykdommen sett på i et

sosialt opplevelse- og konsekvensperspektiv. Det avgjørende for om man er syk og hvordan man handler i forhold til dette, er hvordan en selv eller andre opplever tilstanden og konsekvensene av å være syk. Et slikt perspektiv åpner for å se på kjønn i relasjon til sykdomshåndtering.

2.2. Hjerne- og karsykdom og kroniske lidelser

HKS er en stor gruppe lidelser som omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), iskemisk hjertesykdom⁴ som angina⁵ og hjerteinfarkt⁶, samt andre karsykdommer i hjerne, arterier eller vener. Bak disse navnene gjemmer det seg en sykdom som for mange handler om liv og død. Statistikken viser at de fleste av dødsfallene blant menn skyldes sykdom. Av disse dør nesten halvparten (41 %) av det som betegnes som sirkulasjonssykdommer. Sirkulasjonsproblemer er knyttet til HKS og er den vanligste dødsårsaken hos menn. HKS er representert i alle alderstrinn fra 16 til 79 år, men er vanligst i aldersgruppen 67 til 79 år og nest vanligst i aldersgruppen 45 til 66 år.

I denne oppgaven undersøkes de med iskemiske hjertesykdommer og de med hjernekarsykdommer som blant annet hjerneinfarkt og hjerneblødning. Grunnen til at nettopp disse gruppene undersøkes, er at de har lidelser som kan ramme begge kjønn. Blant det som regnes som hjerne- og karsykdommer finnes det også kjønnsspesifikke lidelser som kun rammer kvinner, for eksempel i forbindelse med abort og svangerskap utenfor livmoren. Ved å ta for seg de kjønnsnøytrale lidelsene, får man en homogen gruppe som kan vurderes på forholdsvis likt grunnlag i forhold til sykdommen. Dette gjør det lettere å avdekke forskjeller mellom kjønnene i sykdomshåndtering.

⁴ Tilstand hvor oksygengjennomstrømningen gjennom koronararteriene er utilstrekkelige i forhold til myokardiets oksygenbehov, slik at det kommer en utilstrekkelig oksygentilførsel til myokardiet. Årsaken til den mangelfulle oksygenforsyningen av myokardiet er som regel åreforkalkning i koronararteriene (Lyngborg og Mortensen 1992: 129).

⁵ Angina eller angina pectoris: Klinisk syndrom karakterisert ved plutselige smerter i brystet utløst av kroppslige anstrengelser eller psykiske påvirkninger, som regel av få minutters varighet, med hurtig lindring ved hvile eller etter anvendelse av nitroglyserin (Lyngborg og Mortensen 1992: 137).

⁶ Akutt myokardieinfarkt (blodpropp i hjertet): En del av myokardiet dør som en følge av utilstrekkelig oksygenforsyning (Lyngborg og Mortensen 1992: 129).

2.2.1. Kroniske sykdommer

En kronisk sykdom krever at den rammede må leve med og aktivt forholde seg til den resten av livet. *Judith Fitzgerald Miller* (2000) definerer kronisk sykdom som en forandret helsetilstand som ikke vil bli kurert med et enkelt kirurgisk inngrep eller en kort behandling med medisiner. Selv om ulike kroniske sykdommer presenterer forskjellige utfordringer for pasienten, presenterer hun to generaliseringer: 1) *Personen med en kronisk sykdom opplever svekkede funksjoner i mer enn ett kropps-, mentalt eller åndelig system.* 2) *De sykdomsrelaterte kravene for individet blir aldri helt eliminert* (Miller 2000: 4).

En kronisk sykdom kan få alvorlige konsekvenser for det livet man er vant til å leve. Den kan hindre deltagelse i arbeidsliv, fritidsaktiviteter, sosialt liv og seksuelle aktiviteter. Dette er særlig aktuelt for den pasientgruppen med kroniske hjerte- og karsykdommer som undersøkes her. For denne gruppen er sykdommen såpass alvorlig at den berørte må foreta endringer i livsførselen. Alternativet kan i mange tilfeller være død.

Ved kronisk sykdom møter individet mange nye krav. Den syke må få tett medisinsk oppfølging i forhold til symptomer, responsen til behandling, og dessuten tilegne seg kunnskap om seg selv og behandlingen, slik at den kan følge med på sin egen situasjon. På denne måten blir kroniske sykdommer noe som rammer den syke på svært mange plan. Hvordan man møter disse utfordringene kan variere. Sykdommen kan få forskjellige uttrykk hos ulike personer ettersom hvordan de sosiale omgivelsene er og hvilke nettverk den syke inngår i.

Omstillingene sykdommen krever, griper inn i den sykes hverdagsliv i større eller mindre grad, og de vil påvirke tanker, følelser, vaner og handlinger på forskjellig vis. Som vist i det følgende, kan det å leve under det presset en sykdom som hjerte- og karsykdommer medfører, i stor grad handle om en gjøren av kjønn og dermed kreve forskjellige mestringsstrategier.

2.2.2. Å leve med hjerte- og karsykdommer

Det å ha en hjerte- og karsykdom fører til nye personlige erfaringer, opplevelser og følelser. Å rammes av HKS oppleves for mange som skremmende, og det forandrer gjerne livet for alltid. Typiske symptomer ved iskemisk hjertesykdom er sterke smerter som forplanter seg fra brystet og utover i kroppen, og åndenød. Deretter følger gjerne angst og uro og en tilværelse som i stor grad preges av usikkerhet. Dagliglivet med dets rutiner og selvfølgeligheter blir underlagt den kroniske sykdommen, og livsfortellingen og dens fremtidige karakter påvirkes. HKS kan på denne måten få en sentral plass i formuleringen av selvidentiteten.

2.2.2.1 Møtet med sin egen usikkerhet

Usikkerheten personer med HKS kan føle, preger store deler av livene deres. Den norske sosiologen *Ulla-Britt Lilleaas* (2006) undersøkte gjennom kvalitative intervjuer sykdomsforståelsen hos menn som hadde vært rammet av hjerteinfarkt. I hennes materiale kommer det fram at angsten for nye anfall eller død preger hverdagen for mange av mennene. Dette viser seg gjerne ved at enkelte ikke lenger tør å gjøre ting på egenhånd, som for eksempel å dra alene på hytta.

Også andre studier av hjertepasienter viser at deres tilværelse kan være preget av usikkerhet. En lignende undersøkelse ble gjort av *Joy L. Johnson* (1991). Hun studerte mannlige og kvinnelige hjertepasienter som hadde opplevd et hjerteinfarkt. Også for hennes informanter var møtet med egen dødelighet sentralt. Johnson beskriver i den forbindelse en del fellesnevnerne for hjertepasienter i tiden rett etter et infarkt og i tiden som følger. De hjertesyke opplevde å møte fysiske begrensninger som ikke var til stede i livet tidligere. For mange medførte usikkerheten en følelse av å miste kontrollen, noe som igjen førte til psykiske restriksjoner. Usikkerheten og restriksjonene førte til et mindre forutsigbart liv, og mange opplevde dette som et stort problem. De fleste pasientene forsto ikke riktig hva som skjedde med dem, og som en følge av dette, mistet mange pasienter evnen til å ta autonome beslutninger. En annen ting som preget hjertepasientene var tapet av uavhengighet. Det ble knyttet begrensninger til deres muligheter for handling. Den syke var ikke i samme grad som tidligere i stand til å stole

på egne evner og måtte i mye større grad stole på andre. En stor del av usikkerheten de følte, skyldtes følelsen av sårbarhet og redselen for nye hjertekomplikasjoner. Johnson fant at hjertepasienter brukte forskjellige strategier for å minske usikkerheten. Å måle progresjon i forhold til andre i samme situasjon, og også i forhold til egne tidligere stadier, brakte tilbake følelsen av at ting gikk i riktig retning. Også en mye brukt strategi var å søke beroligelse og bekreftelse hos helsepersonell. For mange var det viktig å lære mest mulig om hjertet. De fleste av hjertepasientene hadde liten kjennskap til hjertet og lidelser knyttet det før de selv ble rammet. I materialet til Lilleaas viste det seg for eksempel at mange av mennene ikke visste at brystbenet ble skjært over ved en hjerteoperasjon. Manglende kunnskap, sammen med sviktende informasjon fra helsepersonell, og det faktum at mennene selv ikke spurte, førte til at mange opplevde angst og dårligere livskvalitet.

I mine analyser skal jeg undersøke i hvilken grad personer med HKS benytter seg av sine nettverk, omgivelser og helsepersonell for å snakke om sykdommen, og om det er forskjeller i forhold til kjønn og faktorer som utdanning, alder, sosioøkonomisk status og parforhold i så henseende. Jeg vil også undersøke i hvilken grad deres livskvalitet berøres av dette.

2.2.2.2 Hjerte- og karsykdom og den biografiske fortellingen

Med *den biografiske fortellingen* menes vår egen historie om oss selv. Forandringene i ens liv, som følge av usikkerheten ved HKS, kan endre den enkeltes selvilde og oppfatning av omgivelsene. Dette skyldes at HKS avbryter den biografiske fortellingen og endrer konstitueringen av arbeids-, fritids- og hverdagsliv og dermed identitet (Johnson 1991). Det sentrale ved denne forandringen er at når sykdommen først har rammet, er det ikke mulig å vende tilbake til livet slik det tidligere var. Man kan reflektere over fortiden, men nå kun ut fra ens status som kronisk hjertesyk.

Mens den hjertesyke strever for å beholde bildet av seg selv og å minske usikkerheten rundt sin egen situasjon, må han/hun også møte utfordringene i det å etablere rettesnorer for sitt videre liv. Dette innebærer å lære å kjenne kroppens signaler og egne begrensninger. Mange respekterer ikke kroppens signaler om å ta det med ro før de har

opplevd en alvorlig hendelse som hjerteinfarkt. Etter en slik opplevelse tvinges man kanskje til å reflektere over kroppens sårbarhet, og i denne refleksjonen ligger gjerne evnen og mulighetene til å forandre sin egen livssituasjon. Hvordan det gjøres, og om det blir gjort, er ikke nødvendig gitt av sykdommen.

Sosiologen *Erwing Goffmans* (1959) tanker rundt selvpresentasjon i forbindelse med konstruksjonen av et selv presenterer en rekke forklaringsparametere for hvilke strategier de HKS-syke anvender for å håndtere deres nye livssituasjon med en kronisk lidelse. De skal forholde seg til møtet med omverdenen og dermed til definisjonen av seg selv og deres fortsatt biografiske arbeid. Goffmans poeng er at menneskers mulighet til å definere seg selv og å konstruere et selv, en identitet og personlighet, oppnås gjennom en akseptering av selvrepresentasjonen i interaksjon med omverdenen.

Dette poenget ser vi også hos sosiologene *Peter Freund* og *Meredith McGuire* (1991) som knytter selvrepresentasjon opp mot helse. Ifølge Freund og McGuire henger ens oppfatning av seg selv sammen med helsetilstanden. Selvoppfatningen er opplevelsen man har av seg selv som et unikt individ. Dette baseres på tanker og følelser, både positive og negative. Selvoppfatningen utvikles gjennom sosialisering i møte med andre mennesker og deres holdninger og behandling av oss. Hvordan vi ser på oss selv i forhold til vår sosiale posisjon, hvor kompetente vi føler oss i å håndtere forskjellige stressende påvirkninger og hvordan vi viser oss fram til andre, avhenger av om sosiale interaksjoner underbygger eller bekrefter dette (Freund og McGuire 1991: 107). Dette betyr at HKS vil påvirke vårt eget syn på oss selv og hvordan omgivelsene ser oss og handler i forhold til oss. I dette ligger også at ens eget syn på seg selv med HKS og omgivelsenes syn på en med HKS vil variere med faktorer som kjønn, klasse og status. For en person med høy posisjon, vil HKS av mange kunne betraktes som en følge av at personen har arbeidet hardt under høyt press, noe som kan virke statusgivende i vårt samfunn. En person av lavere klasse vil lettere kunne bebreides for en usunn livsstil og for å ha seg selv å takke.

Det at vårt syn på oss selv og våre sosiale nettverk påvirker helsen og vår reaksjon på den, henger sammen med vår evne til refleksjon. Som mennesker er vi i stand til å reflektere rundt oss selv, våre kroppslige tilstander og vårt selvilde. Denne

refleksiviteten betyr at vi ikke bare lider av sykdommen, men også fra opplevelsen av sykdom og meningen vi og de rundt oss knytter til den (Freund og McGuire 1991: 130). På denne måten har omgivelsene våre betydning for hvordan vi møter sykdommen. Ulike mennesker i omgivelsene våre knytter forskjellige meninger til hva det vil si å være en syk mann eller kvinne, syk ung eller gammel, eller syk fattig eller rik. Helseidealene i et samfunn inneholder et kulturelt syn på hva velvære er og hvordan man bør opptre som syk. Det betyr at sykdom ikke bare er en tilstand hos et individ, men at den også er knyttet til en større sosial orden. Disse idealene kan igjen påvirke oss forskjellig i form av hvem som søker hjelp og støtte for sine problemer, hvem det søkes hjelp og støtte hos, hva slags hjelp og støtte som søkes, hva slags grep man foretar i sitt eget liv, hvordan sykdommen påvirker og hvordan følelser bearbeides.

I Johnsons undersøkelse var informantene preget av at deres følelse av verdi i stor grad var knyttet til funksjonen de hadde som mødre, fedre, arbeidstakere, ektefeller, menn og kvinner. Sykdommen forstyrret disse veldefinerte og *kjønnete* rollene. Et eksempel på dette var at for menn var pasientrollen hovedsakelig en trussel mot rollen som forsørger og arbeidstaker. Mange av informantene følte at restriksjoner i forhold til enkelte oppgaver reduserte verdien av deres eksistens (Johnson 1991: 44). Hjertepasientene opplevde at deres sykdom hadde begrenset mulighetene for å handle aktivt i forhold til arbeid og andre daglige aktiviteter. De hadde ikke lenger overskudd til å utføre de samme handlingene og dermed presentere seg på samme måte som før sykdommen rammet dem. På denne måten får konsekvensene av HKS individuell karakter. Felles for oss alle er at vi gjerne fokuserer våre ressurser på de arenaer hvor det betyr mest for oss å oppnå aksept for vår selvrepresentasjon. På denne måten kan rollen som syk og andre roller komme i konflikt med hverandre. Dette utdypes senere i kapitlet, hvor sykdom og kjønn knyttes tettere sammen.

2.3 Håndtering av sykdom

Til nå i oppgaven har det vært vist hva det å være rammet av HKS kan innebære for individet. Det vil imidlertid også være interessant å undersøke hvordan individet kan velge å handle i forhold til sykdommen. Med et sosiologisk perspektiv på sykdom har det

blitt vist at sykdomsatferden ikke følger direkte av sykdommen i seg selv eller sykdommens kvalitet. Man kan derfor ikke si at personer med HKS vil håndtere sykdommen sin på en bestemt måte. Derfor er det sykdomsatferden, ikke sykdommen, som avgjør i hvilken grad folk søker hjelp for plagene sine og hva slags hjelp de søker.

2.3.1 Mestring

Hvordan man lykkes i å håndtere utfordringer, handler om grad av mestring. Måseide (1983: 63) definerer mestring som handlinger og tiltak som blir satt inn overfor spesielle definerte hendelser. Mestring krever at gjeldende personer utfører visse handlinger mer eller mindre planmessig og bevisst. For å gjøre dette må personene som utfører handlingene, ha en oppfatning av hva som foregår. De skal handle slik at de tar vare på seg selv og sine interesser, de skal ta hensyn til dem rundt seg og handle juridisk korrekt, og de skal helst ikke bryte sosiale og kulturelle normer. Dette betyr at den HKS-syke må ha kunnskap om sin egen situasjon, følge anbefalingene som gjelder for den HKS-syke og samtidig ikke bryte sosiale og kulturelle normer. Det er mulig at det ligger føringer for eksempel i kjønn, kultur og sosial bakgrunn, og at disse kommer i konflikt med det å lide av HKS.

For å se mestringsvirksomhet i et sosiologisk perspektiv må man fokusere på de praktiske handlingene og tiltak som personer setter i gang når visse typer av situasjoner oppstår. Spørsmålet er: Hva skal mestres? Som nevnt, er andre faktorer enn de rent biomedisinske viktige; like viktig er den sosiale konteksten som helse og sykdom inngår i. Menn og kvinner, og personer med forskjellig kulturell eller sosial bakgrunn, kan oppfatte den samme sykdommen ulikt og dermed handle forskjellig i forhold til den. Det å mestre HKS kan innebære ulike ting for forskjellige personer.

2.3.2 Håndteringsoppgaver og håndteringsstrategier

En alvorlig sykdom er en trussel mot individet og bringer med seg vonde følelser som bekymring, redsel, sorg og skyld. Hos *Judith Fitzgerald Miller* (2000) refererer håndtering av sykdom til hvordan man møter situasjonen og følelsene som oppstår i forbindelse med sykdommen. Hun skiller i denne sammenheng mellom det hun kaller

håndteringsoppgaver og håndteringsstrategier. Med *håndteringsoppgaver* menes de eksterne stimuliene ved sykdom, som det å ta seg av smerte, leve med trusselen om operasjon eller en eventuell forestående død. Håndteringsoppgavene omfatter også interne psykiske fenomener, som truet kroppsbilde og forandringer i rollefunksjon. Håndteringsoppgavene er derfor de utfordringene som må møtes og håndteres slik at individet opprettholder sin integritet, gjenoppnår eller opprettholder et positivt bilde av seg selv og fungerer effektivt i forhold og livsroller. *Håndteringsstrategier* er de spesifikke teknikkene en syk person velger å benytte for å møte sykdommen og dens konsekvenser. Vi kan tenke oss at håndteringsoppgavene er like for menn og kvinner med en sykdom som HKS. Begge kjønn vil kunne oppleve truet kroppsbilde og endring i rollefunksjon. Hva slags kroppsbilde og hvilke rollefunksjoner som trues, vil derimot variere, og slik sett vil håndteringsstrategiene kunne være forskjellige for menn og kvinner. Et eksempel på håndteringsstrategi for en kronisk HKS-syk mann, kan være at han, selv om det har en helsemessig ulempe, tar på seg arbeidsoppgaver som gjør at han selv og omgivelsene ser på ham som dyktig og i stand til å gjøre det som kreves av en.

2.4 Kjønnede sykdommer og hjerte- og karsykdommers prestisje

Det har allerede vært vist at måten man møter og håndterer utfordringene fra en sykdom på, avhenger av hvem man er og hvordan man som syk blir møtt av sine omgivelser og helsepersonell. I det følgende vises det at måten man blir møtt på, også kan avhenge av hva slags sykdom man har. Sosiologen *Dag Album* (1991) gjennomførte en undersøkelse blant leger, tannleger, sykepleiere, fysioterapeuter og annet helsepersonell, hvor de ble bedt om å rangordne sykdommers og spesialiteters prestisje. Album mente at dersom prestisjerangeringen av sykdommer er av felles oppfatning blant dem som er ansatt i helsevesenet, vil den bety noe for hele virksomheten. Resultatene viste betydelige forskjeller mellom topp og bunn i sykdommenes prestisje. Øverst på prestisjeskalaen lå hjerteinfarkt; nederst lå fibromyalgi. Som spesialitet var kardiologi en av de spesialitetene som kom høyest, kun slått av neurokirurgi.

Det interessante i denne sammenheng er de sosiale kjennetegnene ved den typiske pasienten og hvilken gruppe mennesker som vanligvis rammes av den aktuelle

sykdommen. Det kanskje viktigste kjennetegnet i denne sammenhengen er kjønn: Sykdommen som havnet på toppen av prestisjelisten, hjerteinfarkt, og den som kom på bunn, fibromyalgi, er sykdommer som gjerne forbindes med henholdsvis menn og kvinner. Andre kjennetegn ved sykdommer med høy og lav prestisje var alvorligheten av sykdommen, antagelsen om årsaker og objektive målbare funn. Personer med sykdommer som medførte dramatikk og som kunne være dødelige, fikk gjerne høyere anseelse. Et hjerteinfarkt for eksempel, fører enten til død eller klar bedring og fører dermed til høyere anseelse. I tillegg var det viktig for en sykdoms prestisje at den kunne oppdages i objektivt målbare funn. Sykdommene som er rangert høyest, kan påvises ved hjelp av slike data, som tilfellet er med HKS. Sykdommer forbundet med klanderverdig livsførsel hadde som regel lav prestisje. Av den grunn skulle man kanskje tro at hjerte- og karsykdommer var å finne lengre ned på prestisjeskalaen. Det viste seg imidlertid å ikke være tilfelle. Hjertesykdommer så ikke ut til å bli påvirket av klassifisering som livsstilssykdom. Man kan spørre seg hvorfor hjertesykdommer er unntatt fra regelen. HKS forbindes gjerne med en usunn livsstil med lite mosjon, røyking, alkohol og dårlig kosthold. Samtidig kan HKS knyttes til arbeidslivet og en livsstil med høyt arbeidstempo, mye ansvar og stress, faktorer som verdsettes i vårt samfunn. Sannsynligvis veier det sistnevnte tyngst i rangeringen av HKS i forhold til andre sykdommer.

På bakgrunn av det som er vist over, kan man forvente at hvordan man blir møtt og møter sykdommen som syk, vil variere ut kjønn og posisjon. Kanskje er det slik at HKS er en mer ”legitim” sykdom for menn å ha, og at den dermed er forbundet med mindre skam? Kanskje gjør dette det lettere for menn å snakke om HKS enn andre sykdommer? HKS er nært knyttet til det vi forbinder med en maskulin livsstil og kan derfor være lettere for menn å takle, enn andre sykdommer. Samtidig kan det være slik at sykdommen er lettere å håndtere for dem som forbinder sykdommen sin med høyt arbeidstempo, enn for dem som har levd et liv med det vi forbinder med klanderverdig livsførsel. Gjennom dette er det mulig at sykdomshåndteringen kan variere ut fra hvilke av disse posisjonene man har. I analysene vil forskjellige sider knyttet til dette undersøkes.

2.5 Kjønn og håndtering av sykdom

Til nå har vi sett på generelle sider ved det å være rammet av en sykdom, og at det å ha HKS medfører livsstilsendringer av fysisk, psykisk og sosial art. Målet er å mestre det å leve med en kronisk sykdom på en slik måte at livskvaliteten ivaretas. For mange handler dette om å tilstrebe normalitet og å ivareta sine interesser. Roller og identitet blir truet ved HKS. Dette kan bety at man må redefinere og sette sammen livet sitt på nytt, samtidig som man prøver å beholde et positivt bilde av seg selv. Dette kan være problematisk når en opplever at kropps- og selvbildet trues. Vi har sett at måten en person møter sin sykdom på, påvirkes av en rekke faktorer. Kultur, det sosiale miljøet man inngår i, bildet man har av seg selv, alder, og hvilke ressurser man har til rådighet er alle eksempler på slike. Kjønn inngår som en viktig del av dette og er særlig sentralt i forhold til vårt bilde av oss selv. Kjønn vil derfor ha stor betydning for hvordan man velger å håndtere sykdommen. Ulike personer handler og reagerer forskjellig på objektive kliniske tilstander. Symptomer og sykdomstegn har ulike betydninger for ulike mennesker og for medlemmer av ulike sosiale og kulturelle grupper. Denne sosiale og opplevelsesmessige versjonen av sykdom har i stor grad innvirkning på sykdomshåndteringen og omfatter ikke sykdommen i seg selv, men tendensen til å søke hjelp for mulige helsemessige plager og å gå inn i en sykerolle. Det er i denne sammenheng HKS kan ramme oss forskjellig ut fra kjønn. Fokuset i denne oppgaven er hvordan menn håndterer sykdom. Det er økende kunnskap om forskjellene i håndtering av sykdom, og det viser seg at mye kan forklares ved ulike holdninger og overbevisninger hos henholdsvis menn og kvinner. Spesielt viktig er det å skjønne koblingene menn, maskulinitet og helse. Diskusjonen som følger vil konsentrere seg om dette.

2.5.1 Menn, maskulinitet og sykdomstilnærming

Et viktig spørsmål er følgende: *Har menn andre strategier enn kvinner når det gjelder håndtering av utfordringene som følger av sykdommen?* Den amerikanske mannsforskeren *Michael S. Kimmel* skriver i sin introduksjon til boken "Men's health and illness" følgende:

Most of the leading causes of death among men are the result of men's behaviors – gendered behaviors that leave men more vulnerable to certain illnesses and not others. Masculinity is among the more significant risk factors associated with men's illness. [...] But masculinity is not only a risk factor in disease etiology but is also among the most significant barriers to men developing a consciousness about health and illness (Kimmel 1995: vii).

Kimmel sier her at maskulinitet ikke bare øker risikoen for sykdom, men at maskulinitet også påvirker hvordan man forholder seg til sykdom og helse. Dette kan være av stor betydning når det gjelder HKS, alt ettersom hvilken retning påvirkningen fra ens kjønn tar. Diskusjonen i det følgende vil konsentrere seg om det som betraktes som kjennetegn ved menn generelt og mannen som syk spesielt. Aller først vil jeg ta for meg noen elementer som vil være sentrale for den videre diskusjonen og forståelsen.

Den australske sosiologen *R.W. Connell* kan hjelpe oss til å forstå hvordan sykdomshåndtering kan sees i lys av kjønn og hvordan kjønn kan være bestemmende for bruk av bestemte handlingsstrategier. Connell har gjennom sitt arbeid vist hvordan kvinners og menns kropp blir definert som forskjellige gjennom sosial praksis. Connell hevder at "mannlig" og "kvinnelig" er biologiske kategorier som er vokst fram i et bestemt reproduksjonssystem. I vår kultur forventes denne reproduksjonsdikotomien å være den absolutte basis for kjønn og seksualitet i dagliglivet (Connell 1987: 66). For mange mennesker former denne forestillingen om naturlige forskjeller en grense man ikke kan trå over.

Frem fra forestillingen om naturlige forskjeller mener Connell at det har vokst en idé om at det finnes en sann maskulinitet; at maskuliniteten eksisterer i kraft av menns kropp, noe som er iboende i den mannlige kroppen eller noe som uttrykkes gjennom den. Dette kan forklare hvorfor menn uttrykker sykdom på en annen måte enn kvinner. Connell hevder videre at vi ikke kan se på maskulinitet som noe isolert, men som en del av en større struktur (Connell 1995: 67). Istedenfor å prøve å definere maskulinitet som et objekt, mener han at vi må fokusere på prosessene og forholdene hvor menn og kvinner lever sine kjønnede liv. Grunnen til dette er at kjønn er med på å strukturere sosiale praksiser, ikke én bestemt type praksis, og er derfor involvert med andre sosiale strukturer. Derfor er det ifølge Connell umulig å forstå for eksempel en

arbeiderklassemaskulinitet uten å samtidig fokusere på klasse og deres kjønnspolitikk. I dette ligger at for å forstå kjønn, må vi hele tiden se videre enn kjønn (Connell 1995: 76). Konstruksjonen av kjønn er en dynamisk og foranderlig prosess som betinges av historiske omstendigheter. Dette medfører at kjønnsrelasjonene, akkurat som begrepenes innhold, ikke er statiske, men i stadig forandring. Maskuliniteten er derfor ikke gitt en gang for alle, men bare i en viss tid siden den stadig er et objekt for spørsmål og utfordring. Connell ser på maskulinitet som et hierarkisk ordnet system. Mannligheter utforskes i flertall, og ikke i form av én mannsrolle hvor mannlige kjønnskonstruksjoner betraktes som et singulært fenomen. Dette er et viktig poeng når man skal se sykdomshåndtering ut fra kjønn. Spørsmålet man hele tiden må stille er om sykdomshåndteringen er et resultat av kjønn alene. *Er den et resultat av strukturene man inngår i, uavhengig av kjønn, eller er den et resultat av strukturene man inngår i som et bestemt kjønn?* Som vi også har sett tidligere, er sykdomshåndtering en sosial opplevelse som kan variere med forskjellige bakgrunnsvariabler. Slike variabler kan omfatte alt fra sosioøkonomisk klasse til seksuell legning. Det kan bety at menn og kvinner og grupper av menn og grupper av kvinner vil oppleve og håndtere sykdom forskjellig i forhold til hverandre og ut fra arenaene de lever sine liv på. Det betyr at selv om menn omfavner lignende maskuline idealer, kan forskjellige menn handle i forhold til disse idealene på forskjellige måter. Som vi skal se, finnes det noen fellestrekk blant menn som ser ut til å gå igjen, både i teorien og i empirien.

2.5.2 Tøff eller følsom?

Menn reagerer forskjellig på sykdom. Eksempler på dette finner vi blant annet i intervjumaterialet til Lilleaas (2006). Noen menn ble mer følsomme som en følge av sykdommen. De kunne fortelle at følelser de tidligere kontrollerte, nå rant over og fikk et utløp. De kunne hisse seg opp over det de anså som bagateller. De beskrev seg selv som overfølsomme og orket ikke se krig eller sørgelige programmer på TV. De opplevde i tillegg at de fikk mer empati for andres situasjon. De fleste opplevde denne følsomheten som positiv. De formidlet at familien tok mer hensyn enn før, og at de fikk mer hjelp og større nærhet til kone og barn. Det man kan legge merke til er at disse mennene beskriver en forandring til noe som kanskje ikke ligger innenfor de allmenn aksepterte rammene av

maskulinitet slik de selv ser det. Deres nye følelser brøt med den de var før, eller som vi så tidligere, deres biografiske fortelling. Andre menn igjen holdt seg innenfor rammene av det de så som akseptert maskulinitet. Disse anla en ”tøff” stil ved å omtale operasjonen de har vært igjennom som ”bare en ren rørleggerjobb” (Lilleaas 2006).

Menns holdning til det som anses som legitim maskulinitet kan forstås gjennom den franske sosiologen *Pierre Bourdieus* begrep om *virilitet* (Bourdieu 2000). Virilitet er et aspekt ved menns habitus⁷. En side ved maskuliniteten er ifølge Bourdieu at som menn påtvinges man av plikten til å alltid få bekreftet sin virilitet. Virilitet er forstått som en reproduktiv, seksuell og sosial ferdighet som har sitt motstykke i redselen og angsten for det feminine. Dette er en sårbarhet hos menn som fører til investeringer i produksjon av synlige tegn på maskulinitet. Dette kan gjøres gjennom sportsgrener hvor man får vist sin maskulinitet for seg selv og andre, men også på andre måter, som for eksempel å unngå å ta forsiktighetsregler og å vise svakhet knyttet til sykdom. Bourdieu forklarer dette med frykten for å miste gruppas anerkjennelse eller beundring, og falle i feminine kategorier som ”pyse”, ”pusling”, ”homo” eller lignende. Viriliteten er slik sett et relasjonelt begrep, konstruert for og i forhold til andre menn og imot kvinneligheten, ut fra en angst for det feminine, og da fremfor alt i mannen selv (Bourdieu 2000: 62). I forhold til eksempler fra Lilleaas’ informanter, kan vi tenke oss at den avstanden mange menn tar i forhold til sin sykdom, handler like mye om at de ønsker å skjule sine problemer og lidelser for andre i frykt for å bli sett på som svake og trengende. Dette kan føre til at de ikke får tatt hensyn til sin egen helsesituasjon, slik de burde. Dette kan igjen medføre at menn fortsetter livene sine i stor grad som før de ble syke.

2.5.3 De farlige følelsene

Som allerede nevnt kan det å vise følelser virke truende for menns selvbylde. Den engelske sosiologen *Victor Seidler* (1997) forklarer menns avstand til egne følelser med at menn alltid må bevise og stille spørsmål ved om de er mann ”nok”. Dette legger ifølge Seidler føringer for hvordan menn handler. For eksempel kan følelser bli sett på som noe feminint og derigjennom virke truende på den mannlige identiteten. Dette kan skape en

⁷ Habitus kan forklares som det sosiale omgjort til kropp, og det som konstituerer verden som forståelig, og et sted med verdier det er verdt å investere krefter og følelser i (Bourdieu og Wacquant 1993: 113).

avstand mellom menns følelser og måten de presenterer seg på til dem som står nært. Seidler setter dette i sammenheng med menns redsel for intimitet og nærhet; han mener at intimitet og nærhet kan true menns maskuline identitet.

Å avfeie følelser som kilde til kunnskap, kan ifølge Seidler føre til at man distanseres fra eget følelsesmessige liv. Å ikke ta hensyn til følelser i forhold til sin sykdom kan føre til at man ikke snakker om sin frykt og redsel knyttet til det å være alvorlig syk. Det å ha følelser og behov for andre, er for menn et tegn på svakhet og femininitet. Menn lærer å frykte sin sårbarhet, særlig den overfor andre menn. De lærer å "holde maska" for å unngå at andre skal se hva de føler (Seidler 1997: 33). Som mann, lærer en å identifisere maskulinitet med kontroll over sitt følelsesmessige liv. En måte å få denne kontrollen på kan være, som vi også så hos Bourdieu, gjennom arenaer som idrett. Den samlede konsekvens er, ifølge Seidler, at mannen ser på kroppen som en maskin som fungerer i forhold til egne lover og prinsipper (Seidler 1997:186). Dette synet handler om å se på kroppen som et objekt. Bryter kroppen sammen, tar man den inn til reparasjon. Dette opprettholder, ifølge Seidler, et "utvendig" forhold til kropp som tillater menn å bruke kroppen som et instrument for å bevise ting overfor seg selv som menn. Et eksempel kan være at menn vil motsette seg å gå til lege før de virkelig må fordi det kan føles som en trussel mot den mannlige identiteten.

Blant Lilleaas' intervjuobjekter, var det flere som hadde liten tro på at det å snakke om sin egen situasjon kunne løse deres problemer. De sverget heller til handling og hadde den oppfatning at de måtte kjempe med sine problemer alene. Noen var sågar av den oppfatning at å snakke om sine følelser ville føre til at de ikke kom seg videre.

Symptomenes og sykdommens alvorlighetsgrad er viktig for hvordan man håndterer sin sykdom. Jo mer alvorlig sykdommen er, jo vanskeligere er det å akseptere og å leve med den. Her er det ikke bare symptom-bæreren selv som tillegger symptomene alvor, men også de symptom-bæreren samhandler med direkte i sitt nærmiljø. Konene var viktige for følelsesarbeidet til mange menn i Lilleaas' materiale. Når mennene selv ikke ville ta innover seg det de hadde vært utsatt for, måtte konene ta over følelsesarbeidet. Hva så med de enslige HKS-syke mennene? Mange av disse ga uttrykk for at de eneste de hadde

å snakke med, var seg selv. De gifte og samboende mennene snakket nødvendigvis ikke om følelsene sine, de heller; det var ofte slik at konene tolket mennene uten at mennene selv sa noe.

Fra det som er vist over, er mange HKS-syke menn dårlige til å snakke med andre om sin sykdom og sine bekymringer. Å gå alene med bekymringer og usikkerhet kan føre til depresjoner og angst. Dette er særlig kritisk for de med hjerte- og karsykdommer fordi depresjoner kan føre til dårligere utfall for pasienter med denne sykdommen (Zelleweger, Ostwalder, Langewitz og Pfisterer 2004). En annen viktig faktor er at gode sosiale nettverk og god sosial støtte kan virke som en buffer mot stress og kan hjelpe en i å bli fortere frisk fra sykdom. Samtidig har undersøkelser vist at det å snakke om sine følelser er bra for helsen (Helgeson 1995). En svensk undersøkelse har i tillegg vist at dårlige sosiale nettverk og dårlig sosial integrering hos menn er forutsiende for død som følge av hjertesykdom, kontrollert for andre risikofaktorer (Rosengren, Wilhelmsen og Orth-Gomér 2004).

2.5.4 Forskjellige kropper, forskjellige handlinger

I seksjonen over så vi at menn og kvinner hadde forskjellige holdninger til egne følelser, men også at de kunne ha forskjellige holdninger til egen kropp. Dette ligger sentralt hos *Robin Saltonstall* (1993). Saltonstall hevder at for menn handler det om å ha kontroll, vedlikeholde og å passe på kroppen. De snakker om kroppen som om den tilhører dem på samme måte som et objekt og som om kroppen er et medium for handling. Kvinner snakker imidlertid om sin egen kropp på en annen måte. Kvinner er opptatt av å opprettholde en funksjon og kapasitet i forhold til å ordne for andre (Saltonstall 1993: 9). Kjønn kan derfor komme til syne i helsehandlinger på den måten at bestemte ideer om hva sunne mannlige og sunne kvinnelige kropper gjør, blir legitimert og forsterket gjennom å gjøre bestemte ting og ikke andre.

En måte å forstå denne kjønnede kroppslige forskjellen på er gjennom det Lilleaas kaller *kroppslig beredskap*. Hennes hypotese er at denne beredskapen er en del av vår habitus. Begrepet ble i første omgang utviklet for å fange kravene som møter kvinner på mange arenaer, og som blir nedfelt som *kroppslige vaner* (Lilleaas og Ellingsen 2003: 15).

Eksempel på en kroppslig vane kan være at kvinner investerer både mer tid og krefter enn menn på familien, kun fordi det føles mer betydningsfullt for dem. I Lilleaas' studier av de hjertesyke mennene, fant hun lignende disposisjoner, i og for seg på samme arena, men med ulikt uttrykk. En stor bekymring for mange menn var økonomien. De bekymret seg for hvordan de skulle kunne tjene nok penger slik at familien hadde det bra. Mennene så på finansiering av innkjøp til familien som sitt ansvar. Lilleaas tolker dette som en del av menns kroppslige beredskap. Menns forsørgerrolle kan derfor påvirke menns livskvalitet og helse i betydelig grad. Denne kroppslige beredskapen kan være med å forklare hvorfor kvinner ser på kroppen som et medium for omsorg i form av å opprettholde en funksjon og kapasitet i forhold til å stelle for andre, mens menn ser på kroppen som et medium for omsorg i form av handlinger som forsørger.

2.5.5 Sykdom og konstruksjon av kjønn

Menn og kvinners forskjellige holdninger til følelser og kropp kan føre til at de håndterer sykdom ulikt. *Will H. Courtenay* (2000) hevder at denne ulikheten i helserelaterte oppfatninger og handlinger må sees på som et middel for å konstruere og demonstrere kjønn. Han mener at hos menn kan helserelaterte overbevisninger og handlinger bli brukt i demonstrasjonen av hegemonisk maskulinitet. Dette kan dreie seg om benektelse av svakhet eller sårbarhet, følelsesmessig og fysisk kontroll, inntrykket av å være sterk og robust, avvisning av alle former for hjelp, en hvileløs interesse i sex, aggressiv væremåte og fysisk dominans (Courtenay 2000: 1389). Ved å avvise helsebehov konstruerer menn kjønn. Det å gjøre ting som er bra for helsen, kan være å avvise mange maskulinitetskonstruksjoner. Å unngå helsehjelp kan være en form for sosial handling som tillater noen menn å opprettholde status slik at de unngår å havne i underordnede posisjoner i forhold til leger, helsepersonell og andre menn.

Kathy Charmaz (1995) har kommet fram til lignende konklusjoner i sitt arbeid om identitetsdilemmaer hos kronisk syke menn. Hun mener at identitetsdilemmaene sentrerer seg rundt følgende motsetninger: aktiv mot passiv, uavhengig mot avhengig, autonomi mot tap av kontroll, offentlig person mot det private selvet og dominans mot underordning (Charmaz 1995: 267). Identitetsdilemmaer hos kronisk syke menn oppstår

ved at de mister verdsette attributter, fysisk kapasitet, sosiale roller og personlige mål på grunn av sykdommen. Sykdom kan med dette redusere en manns status i maskuline hierarkier, endre maktbalansen i forhold til kvinner og forårsake usikkerhet omkring egen maskulinitet (Charmaz 1995: 268). Dette skaper særlig problemer i forhold til det Charmaz kaller "det tidligere selv"; bildet man hadde av seg selv før sykdommen inntraff. I hennes undersøkelse kom hun fram til at menn, i langt større grad enn kvinner, så fremtiden i lys av den de var før sykdommen. Menn hadde vanskeligere for å inkorporere sykdommen i sin identitet og følgelig ta hensyn til den og lære å leve med den. Menn tok utgangspunkt i den eksisterende kulturelle logikken som definerte maskuliniteten når de skulle prøve å forstå forandringene i seg selv og sin egen situasjon. Var det å være familieforsørger og arbeidstager selve fundamentet for deres konsept om maskulinitet, ville det å ikke kunne jobbe undergrave deres identitet som menn. Dette skapte ofte store forskjeller mellom private og offentlige identiteter. De fleste menn prøvde å skjule effektene av sykdommen i sosiale sammenhenger og på jobben, med det resultatet at de jobbet like mye og unnlot å fortelle at de var syke.

Koblingen mellom sykdom og arbeid er sentral hos mange syke menn. I materialet til Lilleaas var det mange av mennene som knyttet hjertesykdommen til en arbeidstilværelse preget av lange dager og mye stress, en jobb som har tatt alt. Samtidig viste de stolthet i forhold til at de aldri hadde vært borte fra arbeidet. Jobben har en sentral plass hos de fleste menn, derfor kan den bli et problem for dem som er syke. På den ene siden er jobben en del av årsaken til problemene, mens på den annen side kan det virke som om den er så viktig for mannens identitet at den er en pris verdt å betale. Mange HKS-syke menn kan derfor velge å jobbe med samme intensitet fordi de ønsker å presentere seg selv som før sykdommen inntraff. Menn legger en stor del av sin identitet i jobben. Når de mister muligheten til å jobbe, kan en del av deres identitet også forsvinne, og en viktig del av meningen med livet blir borte (Helgeson 1995: 80).

Det er ikke bare i forbindelse med yrkeslivet de HKS-syke møter begrensninger, men også i forhold til annet som innebærer fysisk aktivitet. Det kan være sosialt samvær med andre mennesker, som hyggelige lag med dans og alkohol, men også daglige gjøremål

som hagearbeid og rengjøring. Slike begrensninger kan oppfattes som en trussel mot maskuliniteten, og dermed føre til at sykdommen taes mindre hensyn til.

Hittil har jeg sett på hvordan det mannlige kjønn og det man forbinder med maskulinitet kan påvirke sykdomshåndtering i negativ retning. Menn snakker lite om sine problemer, holder sine bekymringer for seg selv, er redd for å tape ansikt overfor sine kolleger, velger å fortsette i samme arbeidstempo som tidligere og unnlater å ta faren ved sykdommen inn over seg. I disse strategiene ligger det tradisjonelle overbevisninger om mannlig identitet som handler om det å være en aktiv problemløser, vektlegging av personlig makt og autonomi og det å våge å møte fare. Dette kan skape et tveegget sverd for menn med kroniske sykdommer. På den ene siden kan disse overbevisningene oppmuntre menn til å ta sjanser, være aktive, prøve å bli friske og på denne måten være med på å bygge opp selvtilliten og gjenskape et liv de kan verdsette etter alvorlige episoder med sykdom. På den andre siden kan disse overbevisningene begrense bredden i troverdige mannlige handlinger for de som støtter seg til disse mannlige kvalitetene (Charmaz 1995).

2.6. Årsaker til variasjoner i sykdomsadferden

Felles for teoriene om kjønn som er benyttet i dette kapitlet, er at kjønnssystemet betraktes som en dynamisk struktur, en stadig pågående prosess der kjønn skapes i møtet med og i relasjon til andre. Teoriene åpner også for å integrere andre aspekter, som for eksempel levekår i studiet av mangfoldige maskuliniteter. Levekår kan beskrives som rammebetingelser, de ytre faktorene som omgir oss. I den nordiske tilnærmingen bestemmes levekår av de ressursene som individene disponerer, og omfatter helse og tilgang på medisinsk behandling, sysselsetting og arbeidsvilkår, økonomiske ressurser og forbruksvilkår, kompetanse og utdanningsmuligheter, familie og sosiale relasjoner, boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet, rekreasjon og kultur, sikkerhet for liv og eiendom og politiske ressurser og demokratiske rettigheter (NOU 1993 nr. 17: 42). Levekårene omfatter altså de arenaene våre liv foregår på, og blir viktige for hvordan man opplever seg som syk og dermed hvordan sykdommen håndteres. Dette er sentralt i den sosiokulturelle sykdomsoppfatningen nevnt innledningsvis. En persons levekår er

altså viktig i forhold til hvordan et menneske opplever og forstår seg selv. Sentralt i denne oppgaven vil være spørsmålet om levekårene påvirker håndtering av sykdom i en bestemt retning.

En måte å forstå hvordan levekår kan påvirke håndtering av sykdom er gjennom Bourdieus habitusbegrep. I *The logic of practice* beskriver Bourdieu habitus som et system av varige disposisjoner til å handle, tenke, oppfatte og vurdere på bestemte måter som individet har gjort til en del av sin personlighet. Dette er tilegnet i kraft av at individet har vært praktisk situert innenfor bestemte sosiale omgivelser over relativt lang tid, slik tilfellet er med levekår. Hos Bourdieu er habitus kroppslig. Det betyr at habitus er en måte å organisere kroppen og dens forhold til sine praktiske sosiale omgivelser på. Dette skjer på et ubevisst nivå, og vi merker ikke selv at disposisjonene preger vår omgang i verden. Nevnte disposisjoner er med på både å frembringe og å forme våre handlinger. De muliggjør og begrenser på samme tid. De som inntar identiske posisjoner i det sosiale rom, vil derfor ha samme habitus og dermed vise likheter i sine praksiser. Dette betyr at grupper med like levekår vil tendere mot å vise likheter i forhold til sykdomshåndtering. Levekår kan dermed, ved siden av kjønn, forme vår habitus og måten vi handler, tenker og oppfatter på. Habitus kan forklare hvordan kjønn og levekår påvirker håndtering av sykdom, og hvordan de med forskjellig kjønn og levekår opplever forskjellige handlingsrom i forhold til den samme sykdommen.

2.6.1 Menns vennskap

Det bildet som her tegnes av mannens forhold til egne følelser, kropp og sykdom, er ikke særlig oppløftende. En annen måte å forstå menns holdning til hverandre på, og da også hverandre som syke, kan være gjennom menns samvær med andre menn og vennskap. Mye av forskningen på kjønnsforskjeller i vennskap viser seg å forsterke eksisterende stereotyper av kvinner som følelsesmessig utadvendte og menn som følelsesmessig innadvendte. Disse forskjellene får det til å se ut som om menn og kvinner er svært ulike. Ofte har disse forskjellene ikke noe å gjøre med kjønn, men andre faktorer i våre liv som alder, økonomisk status, ekteskapelig status og kultur (Kimmel 2000: 208). Slike faktorer kan fortelle oss om hvilke kjønnsforskjeller som er "virkelige" og hvilke som er

symptomer på noe annet. Ifølge Kimmel eksisterer det større likhet enn ulikhet i menn og kvinners vennskap. Når menn og kvinner velger bestevenn, ser de etter de samme egenskapene, kommunikasjon, intimitet og tillit. Hva de gjør i sine vennskapsforhold er heller ikke så forskjellig som man ofte tror. De fleste studier som måler mellommenneskelige egenskaper, måter å være venner på og åpenhet i vennskap, finner få, hvis noen, signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder vennskap (Kimmel 2000: 209). Overfører man dette til sykdom må man stille spørsmål ved om de rent kjønnsmessige forskjellene alene kan bestemme sykdomshåndtering. Kanskje sier best kombinasjonen av kjønn og andre faktorer noe om dette?

3 Utledning av hypoteser

I dette kapittelet blir hypoteser om menns håndtering av HKS utledet med bakgrunn i teoribetraktningene og empirien gjennomgått i kapittel 2. Det finnes grunn til å tro at sykdomshåndtering varierer med kjønn. I det foregående kapittelet har det gjort rede for hvordan den mannlige kjønnsrollen lett kan komme i konflikt med rollen som kronisk syk med HKS. HKS fører til endringer på fysisk, psykisk og sosialt plan. Vi har sett at for å mestre det å leve som kronisk syk må miljøet tilpasses sykdommen, og at den syke (og dens pårørende) må tilegne seg kunnskaper om sykdommen, forebygge følelsen av manglende kontroll og snakke om det som er vanskelig. Det er særlig tre områder som påvirker menns sykdomshåndtering. Disse er *sosial kontakt*, *bruk av helsetjenester* og *arbeidsliv*. Derfor vil jeg undersøke hvordan menn med HKS handler i forhold til disse arenaene, hva som eventuelt fører til forskjeller og om de har bedre eller dårligere livskvalitet sammenlignet med menn generelt og kvinner med HKS. Livskvalitetsbegrepet er her som et ganske generelt begrep, hvis hensikt er å beskrive direkte og indirekte konsekvenser for individet av en sykdom slik han eller hun blir påvirket av og oppfatter dem. Livskvalitet blir målt gjennom psykisk helse og vurdering av egen helse. Jeg vil komme tilbake til dette i sammenheng med operasjonalisering av variabler.

Siden HKS rammer flere av den sykes arenaer, blir sykdommen en del av den kroniske sykes nye identitet. Den syke får nye hensyn å ta. Vi har sett at menns maskuline identitet kan påvirke deres sykdomshåndtering. En stor del av litteraturen som finnes om emnet, tar utgangspunkt i utenlandsk empiri. Det har i mange år vært snakket om at den nordiske mannsrollen er i endring, men likevel fins kanskje fremdeles forventningen om at også nordiske menn skal være sterke og i minst mulig grad vise svakhet. Disse sidene ved mannsrollen kan få betydning for hvordan menn håndterer og framstiller sine helseproblemer. Når menn blir syke, kan det påvirke deres forhold til omgivelser, arbeidsliv og familie. Spørsmålet er hvordan menn løser disse utfordringene; om de "tar det som en mann", det vil si å handle slik det forventes av dem fra samfunnets side og dem selv. Samtidig er det grunn til å tro at kjønn er involvert i andre sosiale strukturer (Connell 1995, Kimmel 2000), slik at for eksempel sosial posisjon er med på å avgjøre

hvordan menn omfavner maskuline idealer og dermed hvordan de håndterer sin egen sykdom.

3.1 Sosial kontakt

Vi har sett at mangel på sosial støtte og sosiale nettverk er forbundet med dårligere utfall av sykdommen og høyere dødelighet hos pasienter med HKS (Helgeson 1995, Rosengren, Wilhelmsen, Orth-Gomér 2004, Zelleweger, Ostwalder, Langewitz og Pfisterer 2004). Det betyr at det å ha et godt sosialt nettverk virker positivt på helsen. En hjerte- og karsykdom bringer usikkerhet inn i livet, og den syke må i større grad kunne stole på dem rundt seg.

Mye av teorien på feltet peker i retning av at menn har dårligere sosial kontakt og en annen type sosial kontakt enn kvinner. Et eksempel på dette finner vi i det at menn må beherske seg i forhold til følelser, og de har en omgangsform som er mer preget av fysiske aktiviteter og gjøremål enn den kvinner har (bl.a. Seidler 1997, Courtenay 2000). Hvis det er slik, vil menn rammes hardt etter HKS. Hvis ikke det sosiale mønsteret legges om, kan HKS gi seg utslag i tilbaketrekking og passivitet. Av tidligere statistikk går det fram at kjønn påvirker sosial kontakt og type sosial kontakt. Tidsnyttingsundersøkelser viser at kvinner har et mer sosialt preget fritidsmønster enn menn. Kvinner bruker noe mer tid på sosiale aktiviteter som besøk, samvær og samtaler enn det menn gjør. Kvinner har i større grad enn menn også fortrolige venner (Vikan 2001). Samtidig kritiserer Kimmel (2000) eksisterende stereotypier på kjønn og vennskap og hevder at holdninger til dette i stor grad handler om faktorer som alder, sosioøkonomisk status, ekteskapelig status og kultur, og at de ikke har noe med kjønn å gjøre.

Charmaz (1995) hevder på sin side at syke menn, i større grad enn kvinner, knytter identiteten sin opp mot den de var før sykdommen. Mange menn som blir syke, forsøker i sosiale sammenhenger å skjule følgene av sykdommen, med de følger at de kan trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger. Dette forklarer Charmaz med at sykdommen har en begrensende effekt som reduserer en manns status i mannlige hierarkier i forhold til både menn og kvinner. Ut fra disse perspektivene ønsker jeg å undersøke om den sosiale

kontakten hos menn med HKS er svakere enn hos kvinner med HKS og hos menn uten HKS (*hypotese 1*).

Over var jeg inne på at dårlig sosial integrering og liten følelsesmessig tilknytning gir økt risiko for død for personer med hjerte- og karsykdom. Menn frykter det å miste gruppas anerkjennelse eller beundring og å falle i feminine kategorier (Bourdieu 2000). Dette kan skje gjennom å vise følelser. Hvorvidt man er mann ”nok” må konstant bevises (Seidler 1997: xi). Følelser blir sett på som noe feminint og truende mot den mannlige identiteten. Å legge vekt på kontroll, robusthet og autonomi hindrer at følelser blir uttrykt. Dette skaper en avstand mellom hvordan menn føler det inni seg og hvordan de presenterer seg selv til dem som står dem nært. Resultatet av dette kan bli at menn i liten grad snakker med andre om sine helseproblemer og isteden lider i stillhet. I *hypotese 2* ønsker jeg å undersøke om det forholder seg slik hos mennene i mitt materiale.

For mange menn er konene viktige for følelsesarbeidet. Når mennene selv ikke vil ta innover seg det de har vært utsatt for, tar gjerne konene seg av dette. Ofte trekker menn seg tilbake og lider i stillhet (Lilleaas 2006). Det har også vist seg at menn finner det lettere å vise følelser og åpne seg overfor kvinner enn overfor andre menn. Undersøkelser har vist at tiden menn tilbringer med andre menn forbindes med mer ensomhet enn den tiden menn tilbringer med kvinner. Mann-til-mann-interaksjon var mindre intim enn interaksjon som involverte en kvinne (Helgeson 1995). De fleste studier på området har vist at menn tjener mer på ekteskap både fysisk og psykisk sammenlignet med kvinner, og at de lider mer etter skilsmisse eller som enkemann. En av årsakene er at menn helst henvender seg til sine partnere for støtte (Helgeson 1995: 81). En følge av dette kan være at HKS-syke menn som lever uten partner, opplever dårligere livskvalitet enn HKS-syke menn med som lever med partner. Dette undersøkes i *hypotese 3*.

3.2 Bruk av helsetjenester og oppfølging av egen sykdom

I dette studiet vil jeg konsentrere meg om dem som lever med HKS. Denne gruppen omfatter også de som har overlevd et hjerteinfarkt. Å ha HKS sier lite om i hvilken grad pasienten tar de nødvendige forhåndsregler eller om den er flink til å følge opp sin egen situasjon. Tidligere forskning har foreslått at det finnes forskjeller mellom kjønnene i

håndtering av sykdom, og at dette kan skyldes forskjeller mellom mannlige og kvinnelige rolleforventninger. Menn lærer å fornekte smerte, å unngå å spørre om hjelp og å fremstå som sterke (Helgeson 1995: 81). Individet som klynger seg til den mannlige kjønnsrollen, kan praktisere dårlig oppfølging av egen helse og feile i å handle i forhold til symptomer fordi det tror at hjelp ikke er berettiget eller at det ikke er på sin plass å søke hjelp. Hvorvidt det er dette som er grunnen, er vanskelig å svare på statistisk, men tidligere undersøkelser viser at det er forskjeller mellom menn og kvinners kontakt med helsevesenet. Kvinner er oftere i kontakt med leger og sykehus enn det menn er; flere kvinner enn menn er i kontakt med lege eller privatpraktiserende spesialist, da også psykolog. I tillegg er kvinner mer i kontakt med sykehus, både i forbindelse med innleggelser og kontakt uten innleggelser (Vikan 2001). Menn er gjerne ikke i kontakt med helsevesenet før de er alvorlig syke eller har vært utsatt for en ulykke. En årsak til denne forskjellen kan være at menn føler seg friskere enn kvinner, men også at menn lærer å ikke uttrykke smerte eller be om hjelp, men å fremstå som sterke (Seidler 1997). Det kan også skyldes frykt for femininitet, hvor menn forsøker å produsere synlige tegn på maskulinitet ved å ikke vise svakhet eller ta forsiktighetsregler (Bourdieu 2000). Å leve farlig og å ta sjanser er en del av den mannlige kulturen. Det å ikke erkjenne helseproblemer kan være en del av denne risikoadferden. Uansett årsak er situasjonen at mange menn snakker lite om sine problemer, holder sine bekymringer for seg selv, forsøker å "holde maska" overfor sine arbeidskamerater, velger å fortsette i samme arbeidstempo som tidligere og nekter å ta faren ved sykdommen innover seg. Individet som henger fast ved mannlige kjønnsroller, kan praktisere dårlig oppfølging av egen helse fordi det tror at hjelp ikke kan rettferdiggjøres, eller at det er upassende å oppsøke hjelp (Helgeson 1995). Menn kan vegre seg for å gå til lege fordi dette er å inngå i en relasjon der de føler seg som den svake part. Å unnlate å ta vare på helsen sin kan være en måte å demonstrere hegemonisk maskulinitet på. Ved å avvise helsebehov kan menn konstruere kjønn, og det å gjøre ting som er bra for helsen kan være å avvise mange maskulinitetskonstruksjoner (Courtenay 2000). De sosiale praksisene som kreves for å demonstrere femininitet og maskulinitet er forbundet med forskjellige helsefordeler og risiko. Ved å utøve hegemoniske idealer gjennom sykdomshåndtering forsterker menn kulturelle overbevisninger om at menn er sterkere og mindre sårbare enn kvinner, at

mannens kropp er overlegen kvinnens, og at å spørre om hjelp og å vareta egen helse er feminint (Courtenay 2000: 1389). I *hypotese 4* vil jeg undersøke om det er mindre andel menn med HKS som har vært hos lege sammenlignet med kvinner med HKS.

Den potensielle faren ved å ikke benytte seg av helsetjenester blir ganske klar når man tenker på mulige konsekvenser av å utsette å søke behandling for hjerte- og karsykdommer. Å overse symptomer og å la være å handle i forhold til dem vil påvirke handlinger som er kritiske når det gjelder å overleve for eksempel et hjerteinfarkt. Manglende kunnskap om sin egen sykdom kan føre til usikkerhet. Usikkerhet preger tilværelsen til mange med HKS. Denne usikkerheten kan føre dårligere livskvalitet gjennom angst og depresjon. En måte å møte denne usikkerheten på kan være å søke hjelp og beroligelse hos helsepersonell. *Hypotese 5* undersøker sammenhengen mellom HKS, legekontakt og livskvalitet hos dem som har diagnosen HKS.

3.3 Arbeid og fritid

Siden tidlig på 1900-tallet har arbeidsplassen blitt sett på som en maskulin arena. Arbeid muliggjorde for menn å få bekreftelse for deres mannlighet som familieforsørgere (Kimmel: 2000). På den ene siden fungerer arbeidsplassen som det viktigste stedet i vår kultur for menn å bevise sin mannlighet og få bekreftet identitet. På den andre siden gjør ikke dette nødvendigvis menn lykkeligere. Gitt kravene arbeidsplassen stiller, er det sjelden menn opplever muligheten til å diskutere sine innerste tanker, sine følelser og behov. Mange menn jobber på arbeidsplasser hvor det er en klar arbeidsdeling og et tydelig hierarki. På hierarkisk organiserte arbeidsplasser er den overordnede kunnskapen forventet å være på toppen. Organisasjonens rasjonalitet er gjerne garantert ved formell autoritet og tett sosial kontroll. Idealtypen på en arbeidende mann i vår moderne, kapitalistiske verden er instrumentell, rasjonell og uavhengig (Whitehead 2002). Dette er de samme egenskapene vi har sett blir forbundet med mannen og den hegemoniske maskuliniteten (Connell 1995, Kimmel 1995, Seidler 1997, Saltonstall 1993, Courtenay 2000).

Jeg har tidligere vist at menn knytter en stor del av sin identitet til jobben. Dette kan medføre at menn skjuler symptomer på sykdommen for sine omgivelser, og at de tar på

seg arbeidsoppgaver som gjør at de selv og omgivelsene betrakter dem som dyktig og i stand til å gjøre det som kreves av dem. Å fortsette arbeidet kan også bunne i frykt for å redusere sin plass i maskuline hierarkier, endre maktbalansen i forhold til kvinner og tvil om egen maskulinitet. En konsekvens av dette kan være at menn velger å jobbe, tross en alvorlig kronisk sykdom (*hypotese 6*). Når de mister muligheten til å jobbe, kan en del av deres identitet også forsvinne, og mye av meningen med livet bli borte. Av den grunn kan man tenke seg at menn med HKS som jobber, har bedre livskvalitet enn menn med HKS som ikke jobber (*hypotese 8*).

Både menn og kvinners identitet er knyttet til kjønnete roller. For menn er forsørger- og arbeidstagerrollen eksempler på slike. Disse rollene kan være en del av menns kroppslige beredskap og påvirker menns handlingsmønster. Jeg har allerede vært inne på at arbeidstagerrollen kan føre til at menn fortsetter i jobben med en kronisk hjertesykdom. Man kan i tillegg tenke seg at menns forsørgerrolle fører til at gifte menn med HKS i større grad enn menn som lever uten partner, fortsetter i sine jobber. Om gifte og samboende menn med HKS jobber i større grad enn enslige menn med HKS, undersøkes i *hypotese 7*.

3.4 Hypoteser

Hypotese 1: Menn med HKS har svakere sosialt nettverk enn menn uten HKS.

Hypotese 2: Menn med HKS snakker i mindre grad med andre om sine helseproblemer enn menn uten HKS.

Hypotese 3: Menn med HKS, som lever uten partner, har dårligere livskvalitet enn menn med HKS, som lever med partner.

Hypotese 4: Menn med HKS har i mindre grad enn kvinner med HKS kontakt med helsevesenet.

Hypotese 5: Menn og kvinner med HKS, som har lite kontakt med lege og helsevesen, har dårligere livskvalitet enn menn og kvinner med HKS, som har tett kontakt.

Hypotese 6: Sysselsatte menn med HKS jobber i samme grad som sysselsatte menn uten HKS.

Hypotese 7: Menn med HKS, som lever med partner, arbeider i større grad enn menn med HKS, uten partner.

Hypotese 8: Menn med HKS, som er sysselsatte, har bedre livskvalitet enn menn med HKS, som ikke er sysselsatte.

4 Datagrunnlag og operasjonalisering av variable

I dette kapittelets første del følger en beskrivelse av datamaterialet og en redegjørelse for den metodologiske fremgangsmåten som benyttes i oppgaven. For å belyse problemstillingen benyttes en statistisk tilnærming. En slik tilnærming gjør det mulig å kvantifisere hvordan menn handler i forhold til sykdom. I tidligere undersøkelser med kjønnsperspektiv benyttes i stor grad kvalitative metoder. Målet med denne analysen blir dermed å tallfeste hvordan menn håndterer HKS. I kapittelets annen del blir de avhengige variablene og operasjonaliseringen av disse beskrevet, mens operasjonaliseringen av forklaringsvariablene og variablene selv beskrives i kapittelets siste del.

4.1 Metoden i datainnsamlingen

Den skisserte problemstillingen blir belyst på grunnlag av et empirisk datamateriale samlet inn i forbindelse med Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2002 (*Samordnet levekårsundersøkelse 2002 – tverrsnittundersøkelsen*). Datainnsamlingen ble gjennomført som kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju og postalt skjema. Til undersøkelsen ble det trukket to separate utvalg: SSBs ordinære hovedutvalg og et tilleggsutvalg på oppdrag fra eksterne miljøer. Begge de trukne utvalgene var landsrepresentative og besto av hjemmeboende personer i alderen seksten år og eldre⁸.

De to utvalgene bestod av til sammen 10 000 personer. 302 av disse var døde, bosatt i utlandet eller på institusjon⁹. Antall personer i bruttoutvalget ble derfor 9698. I tillegg kom et frafall på 2871 personer (29,6 % av bruttoutvalget) som skyldtes ønske om ikke å delta eller andre grunner som forhindret deltagelse. Nettoutvalget var på 6827 personer og tilsvarer 70,4 % av bruttoutvalget.

⁸ Alder per 31.12.2002

⁹ En person regnes som fast bosatt på institusjon dersom han/hun er registrert som bosatt der eller regner med å oppholde seg der i minst seks måneder. Også gifte personer som oppholder seg på institusjon, men som har felles bolig med ektefellen utenfor institusjonen, skal regnes som bosatt på institusjonen og derfor ikke være med i undersøkelsen.

Den *postale* undersøkelsen foregikk ved at personene fra bruttoutvalget¹⁰ til hele intervjuundersøkelsen (9675 personer) fikk tilsendt et spørreskjema i etterkant av intervjuet, med blant annet spørsmål om psykisk og fysisk helse og alkoholbruk. Til det postale tillegget hadde man et frafall på 3482 personer¹¹, noe som gir et nettoutvalg på 6193 personer (64 %) som hadde besvart skjema. 5396 personer (55,8 %) hadde besvart både personlig intervju og postalt skjema.

Datamaterialet er samlet inn som en kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju og postalt skjema. Intervjuene med personer i hovedutvalget skulle fortrinnsvis gjennomføres som besøksintervju, mens personer i tilleggsutvalget skulle intervjues over telefon. Det postale tillegget skulle gå til personer i både hoved- og tilleggsutvalget. I forkant av intervjuene mottok intervjuobjektene brev med informasjon om undersøkelsesopplegg, tematikk og personvern. I tillegg fikk personer i tilleggsutvalget tilsendt et hjelpekort til bruk under intervjuet hvor 59 sykdommer sto oppført. Ved besøksintervju ble dette kortet presentert for respondenten som en hjelp til å svare på om vedkommende hadde noen av sykdommene. Dette for at rapporteringen skulle bli så lik som mulig for begge utvalg. En rekke av lidelsene som var representert faller i kategorien hjerte- og karsykdommer. Dette vil jeg komme tilbake til under diskusjon av variablene.

I alle undersøkelser kan det forekomme svar som er feil. Feilene kan oppstå både i forbindelse med innsamlingen og under bearbeidelsen. Dette er et spørsmål om *validitet*. Validitet handler om ulike aspekter ved det generelle spørsmålet om hvorvidt forskningen har gitt et korrekt svar på spørsmålet eller spørsmålene vi ønsker besvart (Skog 1997: 87). Her skal jeg se på innsamlingen av data, eller det som kalles *begrepsvaliditet*. Begrepsvaliditet sier noe om i hvilken grad man på en tilfredsstillende og pålitelig måte har lyktes i å måle og registrere det man ønsker.

Datainnsamlingen til levekårsundersøkelsen foregikk ved hjelp av datamaskin (PC). CAI-baserte undersøkelser (computer assisted interviewing) foregår ved at intervjuerne

¹⁰ Bruttoutvalget er basert på det trukne utvalget etter at de som er døde, bosatt i utlandet eller på institusjon, er trukket fra. Da det postale tillegget ble sendt ut, var det 23 nye av disse etter at intervjuene ble avsluttet.

¹¹ 511 personer i bruttoutvalget (242 i hovedutvalget og 269 i tilleggsutvalget) fikk ikke tilsendt skjema, fordi de enten hadde språkproblemer, sykdom/funksjonshemming eller ikke ønsket å delta.

benytter PC under intervjuet, leser opp spørsmålene fra dataskjermen og registrerer svarene direkte. Fordelen med denne type innsamlingsmetode er at alle hopp i spørreskjemaet programmeres på forhånd slik at faren for at intervjueren stiller feil spørsmål til feil personer reduseres. Likevel kan det være uheldig at hoppene programmeres på forhånd, fordi eventuelle programmeringsfeil blir gjennomgående og kan gi verdiløse svar.

PC-assistert intervju har den fordelen at ordlyden i spørsmålene kan tilpasses intervjuobjektet. For eksempel kan det riktige ordet bli stående i spørsmålsformuleringen i stedet for at spørsmålene inneholder skråstreker (han/hun, du/dere, ektefelle/samboer osv.). På denne måten får intervjusituasjonen et mer personlig preg.

Ved PC-assistert intervju har man også mulighet til direkte kontroll av svarkonsistens mellom ulike spørsmål. For hvert spørsmål er det lagt inn grenser for gyldige verdier. I tillegg er det bygget inn et omfattende feilmeldingssystem som gir beskjed dersom intervjueren taster inn inkonsekvente svar. Noen feilmeldinger er absolutte og kan ikke overstyres, som for eksempel ved aldersgrenser. Andre feilmeldinger legges inn som advarsler som intervjueren kan velge å se bort fra.

Innsamlingsfeil som skyldes intervjuerens feilregistrering blir langt færre ved PC-assistert intervju enn ved bruk av papirskjema. Registrering av ugyldige verdier unngås, og man oppnår et redusert frafall på enkeltspørsmål ved at muligheten for hoppfeil reduseres. PC-assisterte undersøkelser reduserer derfor antall *usystematiske feil*. Usystematiske feil kan gi for høyt så vel som for lavt måleresultat og påvirker derfor ikke resultatet i en bestemt retning. PC-assistert gir altså økt datakvalitet.

Innsamlingsfeil kan også skyldes at intervjuobjektet gir feil "svar". Dette kan skyldes vansker med å huske forhold tilbake i tid, men også at spørsmål blir misforstått. En annen årsak til innsamlingsfeil kan være at enkelte emner oppleves som ømtålige. Jeg vil komme tilbake med eksempel på dette i forbindelse med svar på spørsmål omkring psykisk helse. I disse situasjonene kan intervjuobjektet bevisst gi uriktige svar. En årsak kan være at intervjuobjektet blir påvirket av hva han/hun oppfatter som sosialt ønskelig. Dette kalles *systematiske feil* og kan ofte være korrelert med andre variabler.

Den største utfordringen med min problemstilling i forhold til tilgjengelige data, er forskningsdesignet. Levekårsundersøkelsen er en tverrsnittundersøkelse. Det betyr at observasjonsenheterne undersøkes på kun ett tidspunkt. En slik tilnærming gjør det vanskelig å tolke forskjeller som uttrykk for den årsaksrelasjonen man er ute etter, direkte. Jeg kan for eksempel ikke konkludere med at HKS er årsak til bestemte ting. Imidlertid kan slike data fortelle hvordan grupper av kvinner og menn med og uten HKS er og handler i forhold til hverandre. Jeg kan undersøke om observasjonsenheter med visse egenskaper også har andre felles egenskaper, bestemte handlingsmønstre, og dermed få kjennskap til korrelasjoner og korrelasjonsmønstre. Jeg vil ikke uten videre kunne si i hvilken retning en eventuell årsakspil går, for til dette kreves *longitudinelle data* (paneldata). Med denne type data kan man følge observasjonsenheterne over tid, og dette gjør det mulig å kartlegge eventuelle mekanismer. Utvalgene til undersøkelsen ble trukket fra SSBs demografi-/befolkningsdatabase BEBAS¹². Datamaterialet er ikke samlet inn med hensyn til problemstillingen som forsøkes belyst i dette arbeidet, men er fra en generell undersøkelse om befolkningens helse. Dataene registrerer den naturlig forekommende variasjonen i avhengige og uavhengige variabler uten å utforme utvalgsprosedyrene på noen spesiell måte. Det er for eksempel ikke tatt utgangspunkt i en bestemt uavhengig eller avhengig variabel når observasjonsenheterne er valgt ut. Dataene er ikke skreddersydd for min oppgave, siden jeg undersøker kun et mindre utvalg fra levekårsundersøkelsen. Selv om det er begrenset hvilke konklusjoner som kan trekkes, gir datasettet et førstehåndsintrykk av hvorvidt de beskrevne hypotesene støttes empirisk, eller ikke.

4.2 Hvem er de med hjerte- og karsykdom?

Hjerte- og karsykdom vil i analysene bli brukt som en forklaringsvariabel. Variabelen blir her presentert i egen seksjon grunnet den sentrale plassen den har i oppgaven og i analysene. HKS dekker i utgangspunktet en rekke lidelser og symptomer av forskjellig karakter; fra høyt blodtrykk og åreknuter til hjerteinfarkt. Jeg har valgt å konsentrere meg

¹² BEBAS er den sentrale demografi-/befolkningsdatabasen i SSB. Denne databasen oppdateres månedlig med opplysninger fra Skattedirektoratets sentrale folkeregister.

om lidelser med mer kronisk karakter og som samtidig ikke er kjønsspesifikke. HKS-variabelen som brukes her, bygger på følgende lidelser og symptomer:

- Angina pectoris¹³
- Annen iskemisk hjertesykdom¹⁴
- Hjerterytmier¹⁵
- Hjertesvikt¹⁶
- Hjernekar sykdommer¹⁷

I levekårsundersøkelsen fra 2002 er sykdommene klassifisert ved hjelp av ICD-10, den internasjonale klassifiseringen av sykdommer. HKS-variabelen er laget med utgangspunkt i denne. Med inndelingen slik jeg har definert variabelen, er det 275 personer som har HKS. Dette utgjør 4 % av alle i undersøkelsen. Av disse har 26 % angina pectoris, 38 % annen iskemisk hjertesykdom, 23 % hjerterytmier, 2 % hjertesvikt og 19 % hjernekar sykdommer. 56 % av de med HKS er menn.

Gjennomsnittsalderen til de som lider av HKS, er 67 år. De i de yngre aldersgruppene, som har HKS, har jeg valgt å utelate. Dette gjelder personer i aldersgruppen fra 19 til 44 år, hvor det i materialet er få forekomster av HKS. Disse personene utelates fordi de sannsynligvis hører til en spesiell gruppe med medfødt sykdom. De utelatte utgjør 4,7 % av dem med HKS.

93 % av de med HKS fikk sykdommen før 2002. 11 % fikk sykdommen i 2001, 5 % fikk sykdommen i 2000 og 7 % fikk sykdommen i 1999. Resten fikk sykdommen tidligere. Dette betyr at de aller fleste hadde hatt sykdommen en stund på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

4.3 Avhengige variabler

Problemstillingen i denne oppgaven tar sikte på å belyse variasjoner i *sykdomshåndtering* hos ulike grupper menn med HKS. Med sykdomshåndtering menes måten et individ

¹³ ICD-10: I20

¹⁴ ICD-10: I25

¹⁵ ICD-10: I47-I49

¹⁶ ICD-10: I50

¹⁷ ICD-10: I61, I63, I64, I67

håndterer trusselen som sykdommen representerer i møtet med verden, og dets evne til å takle sykdommens påkjenning som bekymring, redsel, sorg og skyld. (Fitzgerald Miller 2000). Jeg har valgt å konsentrere meg om sykdomshåndtering i forhold til tre arenaer: sosial kontakt, kontakt med helsevesen og kontakt med arbeid. Dette er arenaer hvor menn og kvinner har forskjellige handlingsstrategier i følge teorien det vises til i kapittel 2. I det følgende presenteres variablene som vil bli anvendt i analysene omkring sykdomshåndtering.

4.3.1. Variabler som beskriver sosial kontakt

Hypotese 1, 2 og 3 handler om det jeg har valgt å kategorisere som sosial kontakt. Gjennom hypotese 1 undersøkes det om menn med HKS har færre fortrolige utenfor husholdet enn menn generelt. I hypotese 2 undersøkes det om menn med HKS snakker mindre om sine helseproblemer enn det kvinner med HKS gjør. I hypotese 3 undersøkes det om de som lever uten partner, opplever dårligere livskvalitet enn de som lever med.

4.3.1.1 Fortrolighet

Det å ha noen fortrolige måles her gjennom variabelen "fortrolighet". I SSBs levekårsundersøkelse ble intervjuobjektene spurt om de hadde noen utenfor egen familie som de kunne snakke fortrolig med. To svaralternativer ble gitt: Ja og nei. I analysene som presenteres her, er variabelen beholdt i sin opprinnelige form, med verdien 1 for å ha noen fortrolige og verdien 0 for å ikke ha noen fortrolige.

4.3.1.2 Å snakke med andre om sine helseproblemer

Variabelen "snakker med andre om sine helseproblemer" er en additiv indeks basert på flere variabler som måler antall kanaler man benytter seg av for å snakke om helseproblemer. En additiv indeks konstrueres ved at verdiene til de enkelte indikatorene gis bestemte poengtall. En enhets verdi på indeksen bestemmes så av summen av poengene for alle indikatorene (Hellevik 1991). Indeksen som presenteres her, er basert på variablene "snakker med familie om helseproblemer", "snakker med venner om helseproblemer", "snakker med kolleger om helseproblemer", "snakker med lege om helseproblemer" og "snakker med annet helsepersonell om helseproblemer". Hver av

disse variablene er dikotome, med verdien 1 når egenskapen er til stede og verdien 0 når egenskapen er fraværende. Alle variablene som inngår i en indeks, teller likt. En indeks med fem variabler, får dermed seks verdier. Verdien 0 blir gitt i tilfeller hvor intervjuobjektet ikke snakker med noen om helseproblemene sine, mens verdien 5 gis i tilfeller hvor objektet snakker med samtlige som inngår i indeksen.

Alle indeksverdier fra 0 til 5 kan oppnås på en rekke ulike måter. Når man benytter seg av en indeks, ser man bort fra hvilke variabler et individ har høy rang på. Det som er av interesse er hvor mange høye rangeringer individet har.

For å lage en indeks trengs et mål som kan fortelle i hvilken grad indeksen vil gi lik rangering av individene som en annen indeksskonstruksjon ville gitt (Skog 1998: 95). *Cronbachs alfakoeffisient* gir et slikt mål. Den forteller hvor godt den konstruerte indeksen vil samsvare med en annen indeks basert på andre enkeltvariabler som måler det samme begrepet. Cronbachs alfa indikerer indre konsistens for et indikatorsett, og den varierer mellom 0 og 1, der verdier nær 1 indikerer høy indre konsistens. Størrelsen på Cronbachs alfa er avhengig av hvor høy korrelasjon det er mellom de enkelte variablene som indeksen er laget av, og hvor mange variabler som inngår i indeksen. Cronbachs alfa for denne indeksen er på 0,919. Den høye verdien indikerer at korrelasjon mellom indikatorene som inngår i indeksen, er høy.

4.3.1.3 Livskvalitet

Begrepet *livskvalitet* har i mange sammenhenger blitt anvendt for å forsøke å sammenfatte et individs livssituasjon og velbefinnende. Livskvalitet kan defineres på mange ulike måter, men her er det den *helserelaterte* livskvaliteten som er sentral. Med helserelatert livskvalitet menes her hvordan individene oppfatter graden av sitt fysiske, psykiske og sosiale velbefinnende. Hvordan dette oppfattes, er individuelt. Det er ikke gitt av sykdommen alene hvordan den vil påvirke et individs livskvalitet. Som jeg kommer tilbake til, er det ulike forhold som kan være avgjørende for hvordan man oppfatter sin situasjon. Livskvalitetsbegrepet er her et nokså generelt begrep som beskriver konsekvensene en sykdom har for individet slik individet selv oppfatter eller påvirkes av det. For å måle livskvalitet, benytter jeg tre variabler. To av dem er generelle

mål på psykisk helse, mens den siste er et mål på egen helse, satt av intervjupersonene selv. Først vil jeg ta for meg variablene ”angst” og ”depresjon”, deretter vil jeg komme inn på variabelen ”vurdering av egen helse”.

Den psykiske helsen (angst og depresjon) blir målt gjennom en samling spørsmål kalt *Hopkins liste*¹⁸. Den omfatter 25 spørsmål om ulike symptomer på psykiske plager. For å fange opp angst spørres det om for eksempel nervøsitet, indre uro og opplevelse av plutselig frykt, og depresjon avdekkes ved hjelp av spørsmål om man lider av generell mangel på energi, følelse av ensomhet, håpløshet eller at alt oppleves som et slit for å nevne noen. Siden psykiske plager kan gi somatiske plager (for eksempel hodepine, skjelving og hjertebank) er spørsmål om denne type plager innarbeidet i spørsmålslisten.

Intervjuobjektene skulle svare på om de ulike symptomene nevnt i skalaen, hadde medført plager eller besvær i løpet av de siste 14 dagene. Fire svaralternativer ble gitt: *Ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget*.

Definisjonen på psykisk helse er vid. Det er forskjell mellom psykisk sykdom og symptomer på psykisk sykdom, men mange symptomer vil være tegn på nedsatt mental helse. Fordelingen av de forskjellige symptomene, for henholdsvis menn med og uten HKS, presenteres i tabell 4.1 og tabell 4.2.

Begge tabellene avslører at mange har benyttet seg av *litt plaget*-kategorien. Dette kan være fordi mange er småplaget med ulike symptomer, men det kan hende at enkelte kvier seg for å oppgi hvor plaget de egentlig føler seg, og dermed krysser av *litt plaget* fordi det ikke høres så farlig ut. Vi kan derfor vente en viss underrapportering av styrken på plagene. Man må også ta høyde for seleksjon. Kanskje er det slik at de med dårligst helse av de som er med i undersøkelsen, ikke ønsker å svare på disse spørsmålene.

I kategorien *veldig plaget* ser vi en liten økning fra tabellen med normalbefolkningen av menn til tabellen med kun menn med HKS på de fleste symptomene. De største forandringene ser vi i kategorien *litt plaget*. De med HKS skårer særlig høyere på matthet

¹⁸ HSCL: Hopkins Symptom Check List.

og svimmelhet, hjertebank, mangel på energi, lett for å klandre seg selv, lett for å gråte, søvnproblemer, følelse av ensomhet, tap av seksuell lyst, mye bekymret eller urolig, følelse av at alt er et slit og følelse av å være unyttig. De fleste av disse symptomene er i *Hopkins liste* et mål på depresjon.

Tabell 4.1: Opplevelse av psykiske plager siste 14 dager. Prosent av alle voksne menn i alderen 45 år og eldre (symptomer på både angst og depresjon er med i tabellen¹⁹).

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	N
Anfall av angst eller panikk	70,4	23,5	4,4	1,7	710
Skjelving	87,3	10,2	2	0,6	715
Matthet eller svimmelhet	73,5	22,7	3,1	0,7	710
Nervøsitet, indre uro	70,1	24,1	4,5	1,3	709
Plutselig frykt uten grunn	89,4	8,9	1	0,7	710
Stadig redd eller engstelig	85,5	12,7	1	0,8	710
Hjertebank	83,8	13,1	2,1	1	709
Følelse av å være ansent	66,7	28,9	3,1	1,3	706
Anfall av angst eller panikk	89,3	8,7	1,1	0,8	709
Rastløshet	82,3	14,5	2,5	0,6	708
Mangel på energi	51,3	38,5	8,1	2,1	712
Lett for å klandre seg selv	68,7	26,8	3,5	1	706
Lett for å gråte	83,5	14,1	1,4	1	711
Tanker om å ta eget liv	95,9	3,1	0,6	0,4	706
Dårlig matlyst	91	7,5	1	0,6	710
Søvnproblemer	64,7	26,5	5,3	3,4	712
Følelse av håpløshet	73,2	21,8	3,3	1,7	706
Nedtrykt, tungsindig	74	22,8	2,1	1	709
Følelse av ensomhet	80,7	15,4	2,5	1,4	709
Tap av seksuell lyst	56,4	30,9	9,8	2,8	711
Følelse av å være lurt, fanget i en felle	89,5	8,3	1,3	0,8	707
Mye bekymret eller urolig	70,5	25,8	3	0,7	709
Uten interesse for noe	85,2	11,1	2,8	0,8	709
Følelse av at alt er et slit	68,3	24,6	5,3	1,8	712
Følelse av å være unyttig	79,2	14,4	4,2	2,1	708

På bakgrunn av svarene på disse spørsmålene kan *Hopkins liste* benyttes til å beregne verdier på angst og depresjon. Etter utregningen vil alle deltagerne ha en skåre på mellom 1 og 4. Personer med en skåre på 1,75 eller høyere anses for å være psykisk plaget. Skårene deles vanligvis inn i tre kategorier, hvor 1 til 1,54 indikerer *psykisk friske*, 1,55 til 1,74 i *faresonen* og 1,75 til 4 *psykisk syke* (Lunde, 2000). Tabell 4.3 viser gjennomsnittsverdier for angst og depresjon for menn i alderen 45 år og eldre med og uten HKS.

¹⁹ ”Anfall av angst” eller ”panikk” til og med rastløshet er i *Hopkins liste* et mål på angst. Målet på depresjon går fra ”mangel på energi” til ”følelse av å være unyttig”.

Tabell 4.2: Opplevelse av psykiske plager de siste 14 dager. Prosent av voksne menn med HKS, i alderen 45 år og eldre.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	N
Anfall av angst eller panikk	68,6	20,0	7,1	4,3	70
Skjelving	76,4	15,3	5,6	2,8	72
Matthet eller svimmelhet	53,5	36,6	7	2,8	71
Nervøsitet, indre uro	67,6	22,5	7	2,8	71
Plutselig frykt uten grunn	84,5	11,3	2,8	1,4	71
Stadig redd eller engstelig	77,5	18,3	2,8	1,4	71
Hjertebank	58,3	30,6	6,9	4,2	71
Følelse av å være anspent	59,2	33,8	4,2	2,8	71
Anfall av angst eller panikk	83,1	11,3	4,2	1,4	71
Rastløshet	75,4	14,5	8,7	1,4	69
Mangel på energi	28,8	50,7	15,1	5,5	73
Lett for å klandre seg selv	49,3	36,6	11,3	2,8	71
Lett for å gråte	70,4	26,8	0	2,8	71
Tanker om å ta eget liv	90,1	7,0	2,8	0	71
Dårlig matlyst	87,3	9,9	0	2,8	71
Søvnproblemer	48,6	34,3	10	7,1	70
Følelse av håpløshet	59,2	29,6	8,5	2,8	71
Nedtrykt, tungsindig	65,7	28,6	2,9	2,9	70
Følelse av ensomhet	67,6	26,8	1,4	4,2	71
Tap av seksuell lyst	25,4	36,6	25,4	12,7	71
Følelse av å være lur, fanget i en felle	84,5	11,3	4,2	0	71
Mye bekymret eller urolig	59,2	35,2	4,2	1,4	71
Uten interesse for noe	77,1	15,7	5,7	1,4	70
Følelse av at alt er et slit	43,8	41,1	9,6	5,5	73
Følelse av å være unyttig	65,7	21,4	7,1	5,7	70

Tabellverdiene viser samme tendens som krysstabellene. Menn med HKS skårer høyere på angst og depresjonssymptomer enn menn uten HKS, samtidig som økningen er høyere for depresjon enn for angst. Likevel ligger de med HKS under den kritiske verdien på 1,75. De ligger også under grensen for å være i faresonen, som er 1,55. Selv om de med HKS havner i kategorien ”psykisk frisk”, skyldes økningen i skåren på angst og depresjon at de skårer høyere på enkelte av symptomene på psykisk sykdom som inngår i *Hopkins liste*. Man kan dermed si at menn med HKS har flere symptomer på psykisk sykdom enn det de uten HKS har, selv om de regnes å være i kategorien psykisk friske.

Tabell 4.3: Gjennomsnittelig skåre på angst og depresjon for menn fra 45 år og eldre, regnet ut fra *Hopkins liste*.

	Angst	Depresjon
Menn u/HKS	1,25 (n=690)	1,31 (n=681)
Menn m/HKS	1,40 (n=67)	1,53 (n=66)

Fordi det er ønskelig å ha generelle mål på henholdsvis angst og depresjon, har jeg ut fra de 25 spørsmålene som inngår i *Hopkins liste*, laget to indekser; én som omhandler angst og én som omhandler depresjon. Samtidig så vi fra tabellen over at økningen på angst- og depresjonsindeksen var forskjellig for de med HKS. Dette vil jeg komme tilbake til ved å analysere variasjoner i angst og depresjon hos de med HKS.

Indeksene som benyttes her er additive indekser. I utgangspunktet hadde svaralternativet ”ikke tilstede” verdien 1. For å få et nullpunkt, er svaralternativene kodet om. Hvert svar er gitt en verdi fra 0 til 3, hvor verdien 0 er *ikke plaget*, verdien 1 *litt plaget*, verdien 2 *ganske mye plaget*, og verdien 3 *veldig mye plaget*. Med 10 symptomer som bestemmer grad av angst, går denne indeksen fra 0 til 30. Grad av depresjon bestemmes av 15 symptomer, og denne indeksen strekker seg derfor fra 0 til 45. Angst- og depresjonsindeksens verdier bestemmes av summen av poengene. Høy verdi indikerer høy grad av angst eller depresjon. Indikatorene teller her like mye når en enkelts indeksverdi blir beregnet. Dersom svaret er *ikke plaget* på samtlige spørsmål, blir indeksverdien 0. Tilsvarende, dersom svaret er *svært plaget* på alle spørsmålene, blir indeksverdien for angst 30 og 45 for depresjon.

Siden indikatorene som inngår i henholdsvis ”angst” og ”depresjon” er basert på *Hopkins liste*, er det rimelig å anta at disse har en høy indre konsistens og at Cronbachs alfa dermed blir høy. Analyserer man indikatorene som inngår i angstindeksen, blir Cronbachs alfa 0,911. Cronbachs alfa for indikatorene som inngår i depresjonsindeksen, blir 0,918. De høye verdiene tillater oss å konkludere med at det er en høy korrelasjon mellom de enkelte indikatorene som inngår i indeksen.

I denne oppgaven brukes også variabelen ”vurdering av egen helse” for å måle livskvalitet. I SSBs levekårsundersøkelse ble intervjuobjektene bedt om å vurdere sin egen helse i sin alminnelighet. Fem svaralternativer ble gitt: *Meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig* og *meget dårlig*. Med denne type svaralternativer befinner denne variabelen seg på ordinalnivå. Variabelen er beholdt i sin opprinnelige form i mine analyser. I levekårsundersøkelsen fra 2002 vurderer hele 83,3 % av mennene helsen sin som god eller bedre. Det tilsvarende tallet for kvinner er 78,7 %. Blant dem med HKS

vurderte 45,8 % av mennene helsen sin som god eller bedre, mens bare 32,5 % av kvinnene gjorde det samme. I analysedelen vil jeg undersøke hvordan vurdering av egen helse varierer med også andre variabler.

4.3.2. Variabler som beskriver kontakt med helsevesenet

Hypotese 4 og 5 omhandler kontakt med helsevesenet. Gjennom hypotese 4 undersøkes det om menn med HKS har mindre kontakt med lege enn kvinner med HKS, mens det med hypotese 5 undersøkes om de med lite kontakt med lege har dårligere livskvalitet enn dem med mer. Livskvalitet måles her på samme måte som i tidligere.

For å måle kontakt med lege har jeg tatt utgangspunkt i variabelen ”antall legekontakter siste 12 måneder”. Denne er i utgangspunktet en kontinuerlig variabel. Siden den kommer til å bli brukt som både avhengig og uavhengig variabel, har jeg valgt å gjøre den dikotom. Gjennomsnittlig antall legebesøk i året for personer over 45 år var 5,5. Variabelen har fått verdien 0 hvis intervjuobjektet har vært i kontakt med lege opptil fem ganger i løpet av de siste 12 månedene og verdien 1 hvis antall legebesøk har vært mer enn fem.

4.3.3 Variabler som beskriver arbeidsvaner hos personer med HKS

Hypotese 6, 7 og 8 omhandler arbeid. Gjennom hypotese 6 undersøkes det om menn med HKS jobber i like stor grad som menn uten HKS. Gjennom hypotese 7 undersøkes det om menn med HKS, som lever med partner, arbeider mer enn menn med HKS som bor alene. Gjennom hypotese 8 undersøker jeg om det er slik at menn med HKS, som jobber, har bedre livskvalitet enn menn med HKS, som ikke jobber. Om livskvalitet, se seksjon 4.4.1.3.

I hypotese 6 og 7 er ”har utført inntektsgivende arbeid siste uke” avhengig variabel. For å oppfylle dette kravet må man ha utført inntektsgivende arbeid av minst én times varighet i uken som gikk. Som inntektsgivende arbeid regnes også arbeid som familiemedlem uten fast avtalt lønn på gårdsbruk, i forretning og i familiebedrift.

4.4 Forklaringsvariabler

Som nevnt i hovedhypotesen er et av siktemålene med oppgaven å komme inn på de mekanismer som kan være med på å forklare variasjoner i sykdomshåndtering. I kapittel 2 nevner jeg at kjønn kan være avgjørende for valg av strategier for håndtering av sykdom, og jeg ga også eksempler på at blant annet alder, utdanning, sosioøkonomisk status og ekteskapelig status kunne spille inn. I tillegg til disse vil jeg også benytte meg av sysselsetting som en forklaringsvariabel i forhold til HKS. Mekanismer som dette kan være med på å avdekke hvilke kjønnsforskjeller som er reelle og hvilke som er symptomatiske for noe annet. Disse mekanismene kan også fortelle noe om hvilke variasjoner i sykdomshåndtering som finnes innad hos menn og kvinner. I det følgende tar jeg for meg forklaringsvariablene jeg har brukt i mine analyser og hvordan de eventuelt har blitt kodet om i forhold til slik de fremstår i SSBs levekårsundersøkelse.

4.4.1 Alder

Alder er i utgangspunktet en kontinuerlig variabel. Den yngste personen i utvalget er 15 år, og den eldste er 105. Som jeg var inne på tidligere, var det personer i undersøkelsen helt ned i nitten års alder som led av HKS. For å gjøre utvalget mest mulig aldersmessig homogent i forhold til HKS, har jeg delt aldersvariabelen inn i to grupper. Den første omfatter aldersgruppen 45 år til 67 år, og den andre omfatter aldersgruppen 67 år og eldre. Jeg har foretatt denne inndelingen fordi de fleste som har HKS er 45 år eller eldre, og fordi de som er under og over 67 år skiller seg fra hverandre med tanke på pensjonsalder. Dessuten er HKS vanligere i høyere aldersgrupper. Gjennomsnittsalderen på personer med HKS var 67 år. Denne inndelingen gir mulighet for å undersøke om det er vesentlige forskjeller mellom disse to gruppene. Alder under 67 år er kodet 0, mens alder 67 år og eldre er kodet 1.

4.4.2 Utdanning

Utdanning kan sees som intellektuell kapital, det vil si en ressurs eller et middel som kan benyttes på ulike områder for å oppnå goder og bedre levekår. Med andre ord et middel til å nå andre mål. Utdanning påvirker blant annet et individs status, inntekt,

yrkesmuligheter og arbeidsforhold som yrkesaktive. Utdannelse kan også på det personlige plan ha positiv virkning. Utdanningsnivå kan være bestemmende for kunnskapsnivå, som igjen kan påvirke forekomst og håndtering av sykdom. For eksempel kan det å kjenne til og å kunne bruke informasjonskilder og vurdere informasjonen kritisk, være avgjørende for en god sykdomshåndtering. Det viser seg at forekomsten av HKS varierer med ulike utdanningsnivå. Av de HKS-rammede i denne undersøkelsen har 36 % opp til 10-årig grunnskole, 32 % videregående grunnutdanning (11-12 år), 13 % videregående avsluttende utdanning (13+ år), bare 3 % har påbygging til videregående utdanning (14+ år), 13 % har lavere høyskole- og universitetsutdanning (14 til 17 år), og 3 % har høyere høyskole- og universitetsutdanning (18-19 år).

Inndelingen over er den benyttet av SSB. Jeg har valgt å slå sammen noen utdanningskategorier slik at antallet reduseres til tre. På denne måten blir gruppene større og eventuelle signifikante forskjeller blir tydeligere. De forskjellige utdanningskategoriene er:

- *Utdannelse grunnskolenivå:* Opp til 10-årig grunnskole.
- *Videregående utdanning:* Videregående grunnutdanning, videregående avsluttende utdanning og påbygging til videregående utdanning.
- *Høyere utdanning:* Høyere og lavere høyskole- og universitetsutdanning.

Tabell 4.4 gir en oversikt over antall HKS-tilfeller blant personer med ulikt utdanningsnivå.

Tabell 4.4: Fordeling på utdanningsnivå hos personer med HKS

	Absolutte tall	%
Utdannelse grunnskolenivå	99	36,0
Videregående utdanning	129	47,3
Høyere utdanning	45	16,7
Totalt	273	100,0

4.4.3 Å leve med partner

Med ”å leve med partner” menes her å være samboende eller gift. I utgangspunktet skulle man i levekårsundersøkelsen svare på om man var gift/registrert partner, samboende,

eller ingen av delene. De to første kategoriene er i mine analyser slått sammen. Variabelen for å leve med partner er i analysene dikotom med verdien 1 for gift/registrert partner eller samboende og verdien 0 for å leve alene.

4.4.4 Sosioøkonomisk status

I kapittel 2 gjorde jeg rede for hvorledes sosioøkonomisk status kan legge føringer på valg av handlingsstrategier, og at det man kunne tro var kjønnsforskjeller, i noen tilfeller kunne skyldes forskjeller i sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk status er inndelt med utgangspunkt i SSBs standard for inndeling etter sosioøkonomisk status. I levekårsundersøkelsen benyttes følgende inndeling: 1) Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma, 2) personer som har yrker med kort høyere utdanning, 3) funksjonærer på mellomnivå, 4) selvstendige med mindre firma, 5) håndverkere og prosessarbeidere, 6) andre ansatte, 7) kort- og deltidsarbeidende, 8) personer som ikke er yrkesaktive²⁰.

Personer i gruppen "ikke yrkesaktive" deles inn i fire hovedgrupper: Studenter, vernepliktige, alderspensjonister og hjemmearbeidende. Siden jeg undersøker utvalget i aldersgruppen 45 år og eldre, utelukkes de vernepliktige, og andelen studenter reduseres til 1 %. Gruppen "ikke yrkesaktive" består derfor her i hovedsak av alderspensjonister og hjemmeværende, henholdsvis 64 % og 35 %. Gjennomsnittsalderen på HKS-rammede var 67 år. Denne er også formell pensjonsalder i Norge. Av de ikke-yrkesaktive, er 36 % under pensjonsalder, 51 % har sykdom eller lidelse av langvarig karakter, 9 % har HKS. 93 % av sistnevnte gruppe fikk diagnosen før 2002, det vil si at flertallet ikke nylig var rammet av sykdommen da undersøkelsen ble gjennomført.

²⁰ For nærmere informasjon om kategoriinndeling, se "standard for inndeling etter sosioøkonomisk status" (SSB 1984).

5 Metodisk tilnærming

For å teste hypotesene i denne oppgaven benyttes *regresjonsanalyse*. Regresjonsanalyse er særlig egnet når flere forklaringsvariabler skal inkluderes i analysene. I tillegg til å kunne vurdere styrken og retningen på sammenhengen mellom to variabler, er den egnet til å måle sammenhengen når andre variabler inkluderes i analysene. I alle analysene undersøkes sannsynlighet for at de rapporterte forskjellene skyldes tilfeldigheter. I denne oppgaven godtas det fem prosents sannsynlighet for at resultatet skyldes tilfeldigheter, noe som innebærer at det er 95 % sannsynlighet for at resultatet ikke skyldes tilfeldigheter. Det rapporteres om signifikansnivået er på fem eller ett prosentnivå.

Tre forskjellige former for regresjonsanalyse blir benyttet i analysene: Lineær, logistisk og ordinal logistisk regresjon. Ulike forutsetninger må være oppfylt for at de ulike regresjonsanalysene skal kunne benyttes. I avsnittene som følger vil jeg forklare hva disse forutsetningene innebærer og hvorfor jeg har benyttet de ulike regresjonsanalysene på mine variabler.

5.1 Lineær regresjon

For å bruke lineær regresjon, må visse forutsetninger være oppfylt. For det første må sammenhengen mellom variablene være lineære. Videre må restleddvariasjonene (e) være homoskedastiske²¹, normalfordelte²² og uavhengige²³ av hverandre. Dessuten må den uavhengige variabelen og restleddet være ukorrelert med hverandre²⁴. Disse forutsetningene kan være oppfylt i lineær regresjonsanalyse dersom den avhengige variabelen er kontinuerlig på intervall- eller forholdstallsnivå (Skog 1998). Man kaller det lineær regresjon fordi den grafiske fremstillingen definerer en rett linje. Lineær regresjon

²¹ I en homoskedastisk restleddsvariasjon er variasjonene rundt regresjonslinjen like store overalt, altså for alle verdier av den uavhengige variabelen.

²² At restleddsvariasjonen er normalfordelt betyr at hvis det beregnes restledd for hver observasjonsenhet, og den statistiske fordelingen av disse verdiene tegnes, så skal resultatet bli en normalfordeling med gjennomsnitt lik null.

²³ Dersom en gitt observasjon ligger over regresjonslinjen, kan det ikke av dette slutes hvordan andre observasjoner ligger i forhold til regresjonslinjen.

²⁴ Løsningen består i å utvide fra bivariat til multivariat analyse. Ved å trekke de aktuelle årsaksfaktorene inn i analysen kan det undersøkes direkte om de gir opphav til problemer og bringe problemet under kontroll.

blir i mine analyser brukt på de av mine variabler som er indekser. I analysene benyttes multipl linear regresjon siden jeg bruker flere uavhengige variabler. Den lineære regresjonsmodellen har dermed følgende formel:

$$Y = a + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_k \cdot X_k + e \quad (5.1)$$

Y er den avhengige variabelen og vil her være indeksen på ”angst”, ”depresjon” eller ”å snakke med andre om sine helseproblemer”. X_1, X_2, \dots, X_k betegner k forskjellige, uavhengige variabler som benyttes i analysene. a er konstantleddet og betegner gjennomsnittlig Y -verdi blant alle enhetene i populasjonen som har verdien null på samtlige uavhengige variabler. Konstantleddet forteller oss om skjæringspunktet på den vertikale akse, det vil si den verdi Y har når X er lik null. b_1 angir stigningstallet, det vil si hvordan Y varierer med X_1 når de andre uavhengige variablene holdes konstant. Likeledes indikerer b_2 hvorledes Y varierer med X_2 når de andre uavhengige variablene holdes konstant. Restleddet, e , er effekten av alle ikke-observerte årsaksfaktorer. e forutsettes å være ukorrelert med de uavhengige variablene som allerede er spesifisert i modellen. Restleddet er i gjennomsnitt lik null, regnet over alle observasjonseenhetene i populasjonen. Under forutsetning av at de andre årsaksfaktorene er ukorrelert med årsaksfaktoren X , er restleddet i gjennomsnitt null når gjennomsnittet regnes over alle de enheter i populasjonen som har en bestemt verdi av X . Når X for en bestemt observasjonseenhet og parameterne a og b er kjent, kan forventet Y -verdi, \tilde{Y} , beregnes (Skog 1998: 206). Med restledd gjennomsnittlig lik null, bestemmes forventningen, \tilde{Y} , av X -verdiene alene.

$$\tilde{Y} = a + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_k \cdot X_k \quad (5.2)$$

Formel 5.2 beskriver sammenhengen mellom \tilde{Y} og X , det vil si hvordan den gjennomsnittlige Y -verdien i grupper med samme verdier av X øker eller minker med variasjoner i X .

5.2 Logistisk regresjon

Flere av de avhengige variablene i denne undersøkelsen består av gjensidig utelukkende kategorier. Dermed er to av forutsetningene for lineær regresjon ikke oppfylt (forutsetning om linearitet og homoskedastiskitet). Manglende homoskedastiskitet er ikke nødvendigvis problematisk, i motsetning til linearitet. Dette kan løses ved å bruke en logistisk funksjon i stedet for den lineære, og den avhengige variabelen kan kodes om slik at variablene blir dikotome. Variabelen kan dermed bare ha to ulike verdier. (Eksempel: "Har ingen fortrolige" = 0, "har noen fortrolige" = 1). Denne variabelen må endres slik at det ikke er begrensninger knyttet til hvilke verdier den kan ha. Ved å omforme variabelen til odds fjernes grensen for hvor store positive verdier den avhengige variabelen kan ha. Ved å benytte den naturlige logaritmen (\ln) til oddsen, fjernes grensen for hvor store negative verdier variabelen kan ha. Oddsen uttrykker forholdet mellom sannsynligheten for at noe inntreffer (p) og sannsynligheten for at det ikke inntreffer ($1-p$). Dette uttrykkes ved følgende formel:

$$odds = p/1-p \quad (5.3)$$

Logaritmen til oddsen, kalles *logit* (L).

$$L = \ln (p/1-p) \quad (5.4)$$

Uttrykket i formelen for logit har ingen nedre eller øvre grense. Når sannsynligheten for at fenomenet inntreffer (p) nærmer seg null, går L mot minus uendelig. Ved å transformere sannsynlighetene til logits fjernes altså både øvre og nedre grense for den avhengige variabelen. Mens sannsynligheten (p) kan ha verdier mellom 0 og 1, kan logit ha verdier fra minus uendelig til pluss uendelig. Formelen som benyttes ved logistisk regresjonsanalyse, er:

$$L = \ln (p/1-p) = b_0 + b_1X_1 + \dots + b_nX_n + e \quad (5.5)$$

b_0 er koeffisienten for konstanten og er lik logit når alle uavhengige variabler er null. x_1 - x_n er de uavhengige variablene, b_1 - b_n er koeffisientene for de uavhengige variablene, og e er feilledd. I denne formelen gir koeffisientene endringer i logit som følge av endringer i

de uavhengige variablene. Dette gjør at tolkning av koeffisientene i logistisk regresjon ikke alltid er like entydig som ved lineær regresjon.

Den avhengige variabelen er ikke sannsynligheten for å ha verdien 1 på avhengig variabel som ved sannsynlighetsregresjon, men logaritmen av oddsen for å ha verdien 1, logiten. Konstanten b_0 viser gjennomsnittlig logit når alle uavhengige variabler i formelen er null. De andre koeffisientene (b_1 - b_n , henholdsvis) forteller hvordan logit varierer med de uavhengige variablene (X_1 - X_n , henholdsvis).

En logit kan være problematisk å tolke, men logitkoeffisientens fortegn antyder positiv eller negativ retning. Eksempel: *Hvordan påvirker HKS kontakt med lege?* Positivt fortegn indikerer større sannsynlighet enn referansekategorien for å oppsøke lege, mens negativt fortegn indikerer mindre sannsynlighet enn referansegruppen for å oppsøke lege. Dette gir ingen indikasjon på grad av sammenhenger i formelen. I mine analyser vil jeg derfor presentere resultatene fra logistisk regresjon ved hjelp av sannsynligheter. Til dette benyttes formel 5.8, utledet fra formel 5.6:

$$\ln(p/1-p) = b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n \quad (5.6)$$

$$\Updownarrow$$

$$(p/1-p) = e^{(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n)} \quad (5.7)$$

$$\Updownarrow$$

$$p = 1/(1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n)}) \quad (5.8)$$

Sannsynligheten (p) er gitt av den inverse av antilogaritmen til minus logit pluss 1.

5.3 Ordinal logistisk regresjon

Variabelen "vurdering av egen helse", en av variablene jeg bruker for å måle livskvalitet, befinner seg på ordinalnivå. Variabelen har 5 verdier: *meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig og meget dårlig*. Disse verdiene er rangerte, men det er problematisk å snakke om avstanden mellom verdiene. Krysstabellanalyse kan benyttes, men har begrensninger når det gjelder antall variabler som kan trekkes inn og hvor mange verdier

disse variablene kan ha. Alternativt kan ordinalvariablene dikotomiseres, eller de kan behandles som om de var på forholdstallsnivå. I det første tilfellet mistes informasjon, mens i det andre tilfellet kreves nokså sterke forutsetninger om avstandene mellom verdiene på variabelen. Hvis variabelen behandles som om den var på forholdstallsnivå, tillegges man avstanden mellom verdiene vekt. Det betyr at avstanden mellom *meget god* og *god* betraktes som like stor som avstanden mellom *dårlig* og *meget dårlig* og innebærer at den underliggende helsevurderingen deles inn i like store intervaller. Dette er problematisk både fordi sannsynligheten er stor for at avstandene faktisk varierer og fordi man sjelden har forutsetninger for å kunne vurdere forholdet mellom kategoriene på ordinalvariabelen og skalaen på den underliggende vurderingsvariabelen. Dersom man mener at intervallene ikke er like, men samtidig ikke har grunnlag for å fastsette intervaller skjønnsmessig, kan ordinal logistisk regresjon²⁵ benyttes (Tufte 2000: 65).

Ordinal regresjon bygger på prinsippene bak logistisk regresjon med dikotom avhengig variabel. Verdiene på den avhengige variabelen som her er "vurdering av egen helse", gjøres om til et sett dikotomier. Dette gjøres ved å betrakte verdiene på ordinalvariabelen som kuttpunkter på en underliggende kontinuerlig variabel. For eksempel deler kuttpunktet eller verdien *meget god* på "vurderingen av egen helse" den underliggende variabelen slik at de som vurderer helsen som lik eller bedre der kuttpunktet treffer linjen vurderer helsen sin som *meget god*. Ved ordinal regresjon, foretar man en slik dikotomisering for alle verdiene på den avhengige variabelen. På "vurdering av egen helse" blir den neste verdien kuttpunktet *god*. Dette punktet skiller mellom dem som vurderer helsen sin som *god* og *veldig god*, og dem som vurderer helsen sin som *verken god eller dårlig* til *dårlig*. I SPSS beregnes disse verdiene simultant fordi hver variabel skal ha identiske koeffisienter i samtlige ligninger.

Både odds og sannsynligheter er kumulative. Det betyr at en hele tiden ser sannsynligheten for å ha en verdi eller høyere på ordinalvariabelen i forhold til sannsynligheten for å ha en lavere.

²⁵ Omtales videre som ordinal regresjon

Til forskjell fra ordinær dikotom logistisk regresjon opererer man i ordinal regresjon ikke med konstanter. Isteden danner verdiene som inngår i den ordinale variabelen kuttpunkter. Disse brukes som utgangspunkt for å beregne odds eller sannsynligheter for å ha en bestemt verdi på ordinalvariabelen gitt verdiene på de uavhengige variablene. Resultatene fra mine analyser vil bli presentert i form av sannsynligheter. Formelen for utregning av sannsynligheter i ordinal regresjon er ikke ulik formel 5.8:

$$p = 1 / (1 + e^{(b_1 x_1 + \dots + b_n x_n) - k}) \quad (5.9)$$

Det som er konstanter (b_0) i logistisk regresjon, blir i ordinal regresjon betraktet som kuttpunkter. Kuttpunktene fungerer noe annerledes enn konstant: Mens konstanten legges til resultatet fra regresjonslikningen, trekkes kuttpunktet fra. Slik beregnes kumulative sannsynligheter. Deretter må de kumulative sannsynlighetene omregnes til sannsynligheter. Dette kommer jeg tilbake i analysene hvor ordinal regresjon benyttes, og jeg vil da også beskrive hvordan man best tolker resultatene.

6 Nærhet i sosiale nettverk og kanaler brukt til å snakke om helseproblemer hos menn med HKS

I dette kapittelet undersøkes sammenhengen mellom nærheten i sosiale nettverk hos menn med HKS (hypotese 1) og i hvilken grad menn med HKS snakker om helsen sin (hypotese 2). Videre vil jeg se på om det å leve i parforhold påvirker livskvalitet målt med indikatorer på angst, depresjon og egenvurdert helse (hypotese 3).

For å måle fortrolighet, brukes den dikotome variabelen ”har noen fortrolige”. Denne variabelen måler om man har noen fortrolige utenfor familien. *Har noen fortrolige* har verdien 1, mens *har ingen fortrolige* har verdien 0. Variabelen analyseres ved hjelp av logistisk regresjon.

For å undersøke om menn snakker om sine HKS-relaterte problemer benyttes variabelen ”snakker med andre om sine helseproblemer”. Som forklart i seksjon 4.3.1.2 er denne variabelen en indeks som måler antall kanaler som benyttes for å snakke om helseproblemer. Fordi denne analysevariabelen er på forholdstallsnivå, benyttes lineær regresjon. Hypotese 2 analyseres i seksjon 6.3.

For å undersøke om menn med HKS, som lever alene, opplever dårligere livskvalitet enn menn med HKS, som lever i parforhold, benyttes variabelen ”lever i parforhold”. Denne variabelen er dikotom med verdiene *gift/samboende* og *enslig*. Som mål på livskvalitet brukes angst, depresjon og egenvurdert helse (seksjon 6.4.2). Grad av angst og depresjon måles ved hjelp av en indeks, og i disse analysene benyttes lineær regresjon. I den tredje analysen (sammenheng mellom parforhold og livskvalitet hos menn med HKS) benyttes ”vurdering av egen helse” som avhengig variabel (seksjon 6.4.3). Her benyttes ordinal regresjon.

6.1 Analyse av menn med HKS og nærheten i sosiale nettverk

I denne delen analyseres sammenhengen mellom HKS og nærhet i sosiale nettverk. Sosiale nettverk kan være et mål på størrelse, som for eksempel hvor mange venner man har og hvor mange organisasjoner man er med i, men også et mål på nærhet i relasjonene.

I denne analysen vil hovedhensikten være å finne ut i hvilken grad menn med HKS har mennesker rundt seg som de kan dele sine bekymringer, følelser og tanker med. Det sees ikke her på kvantitet i relasjonene, men kvalitet. Jeg ønsker å undersøke om kjønn påvirker sannsynligheten for at man har en fortrolig. I kapittel 2 så vi eksempler på at menn kan skjule problemer og lidelser, og at følelser ofte blir sett på som noe feminint og truende. Mange menn hadde liten tro på snakk og sverget derfor til handling. I tillegg så vi at denne holdningen til HKS kunne ha alvorlige konsekvenser for den syke. For å måle nærhet i de sosiale relasjonene benytter jeg variabelen "har noen fortrolige".

Analysen gjennomføres i tre trinn. Den trinnvise regresjonsanalysen viser at det å ha HKS har en negativ og signifikant sammenheng med det å ha noen fortrolige (tabell 6.1, *Modell 1*). Personer med HKS har med andre ord mindre sannsynlighet²⁶ for å ha noen fortrolige, enn personer uten HKS. Det kan være ulike årsaker til dette. De kan for eksempel ha problemer med å være like aktive som tidligere, og på denne måten ha problemer med å opprettholde sine nettverk og nærhet i sosiale relasjoner.

Ved å kontrollere for flere variable i analysene, isoleres effekten av det å ha HKS på det å ha noen fortrolige. I *Modell 2* (tabell 6.1) ser vi at variabelen HKS ikke lenger er signifikant når de øvrige variablene i modellen kontrolleres for. Det er altså andre faktorer enn HKS som bestemmer om man har noen fortrolige eller ikke. Modellen viser at eldre har en signifikant mindre sannsynlighet for å ha noen fortrolige å snakke med, enn personer i aldersgruppen 45 til 67 år. Videre viser modellen at det å leve i parforhold ikke har signifikant sammenheng med det å ha noen fortrolige utenfor husholdet.

Ulike utdanningsnivåer gir ulik sannsynlighet for å ha noen fortrolige. Personer med videregående utdanning skiller seg ikke signifikant fra personer med bare grunnskole. Imidlertid gir høyere utdanning signifikant økt sannsynlighet for å ha noen fortrolige, i forhold til referansekategorien (grunnskole). Dette betyr at menn med høy utdanning har større sannsynlighet for å ha noen fortrolige, enn menn med lav utdanning. En årsak til

²⁶ Koeffisientene viser endring i logit. Logiter er ikke det samme som sannsynligheter (se kapittel 3), men i mine analyser vil resultatene bli regnet om til sannsynligheter når de presenteres. Jeg vil derfor omtale sammenhengene som mindre eller større sannsynlighet for at noe skal inntreffe når jeg snakker om resultatene, slik at det blir færre begreper å forholde seg til.

Tabell 6.1: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og sannsynlighet for å ha noen fortrolige. (Har noen fortrolige = 1, har ingen fortrolige = 0.)

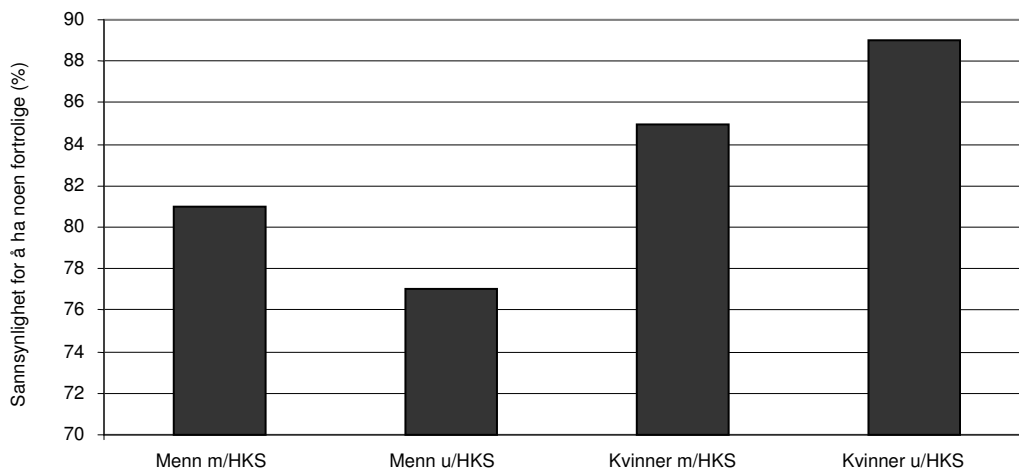
	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	-0,4137 **	0,1415	-0,0296	0,1490	-0,3905	0,2231
Over 67 år			-0,4845 **	0,1148	-0,4799 **	0,1150
Videregående utdanning			0,0209	0,1016	0,0207	0,1017
Høyere utdanning			0,4979 **	0,1431	0,4956 **	0,1432
mann			-0,8320 **	0,0929	-0,8909 **	0,0975
Lever i parforhold			-0,0379	0,0984	-0,0438	0,0986
Yrke med kort høyere utdanning			0,0060	0,1877	0,0018	0,1879
Funksjonærer på mellomnivå			-0,0230	0,1991	-0,0371	0,1994
Selvstendige med mindre firma			-0,0526	0,2507	-0,0576	0,2509
Håndverkere og prosessarbeidere			-0,2648	0,2023	-0,2620	0,2024
Andre ansatte			-0,3484	0,2614	-0,3670	0,2620
Kort deltids- arbeidende			0,1686	0,4148	0,1636	0,4155
Ikke yrkesaktive			-0,6404 **	0,1596	-0,6522 **	0,1599
Mann*HKS					0,6082 *	0,2931
Konstant	1,2482 **	0,0431	2,0842 **	0,1830	2,1304 **	0,1848
p < 0,05*	-2LL=3613,519		-2LL=3389,043		-2LL=3384,798	
p < 0,01**	n=3389		n=3389		n=3389	

Referansekategorier: HKS: Ikke HKS, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskole, Kjønn: Kvinner, Parforhold: Lever ikke i parforhold, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma.

dette kan være at menn med høy utdanning har et annet syn på maskulinitet, enn menn med lav utdanning. Utdanning er en viktig arena for senere kjønnspraksiser (Connell 1995). Menn med høy utdanning kan derfor utvikle maskulinitetspraksiser hvor det å ha noen fortrolige faller mer naturlig enn hos de med lavere utdanning, hvor maskulinitetspraksisene kan være annerledes. Personer med ulik sosioøkonomisk status har ulik sannsynlighet for å ha noen fortrolige. Alle, bortsett fra kort- og deltidsarbeidende, har mindre sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn referansekategorien. Minst er sannsynligheten for de ikke-yrkesaktive, og kun her er sammenhengen signifikant. Denne gruppen består i stor grad av pensjonister og hjemmearbeidende, og rundt halvparten har en sykdom eller lidelse av varig karakter. Det er naturlig å tenke seg at disse er mer isolert enn de yrkesaktive.

For å teste hypotesen om at menn med HKS i mindre grad har fortrolige enn andre grupper, inkluderes et samspillsledd²⁷ mellom *HKS* og *mann* (tabell 6.1, *Modell 3*). Hvis analysen skal støtte hypotesen, må samspillskoeffisienten²⁸ ha en negativ signifikant sammenheng med sannsynligheten for å ha sosiale nettverk. Fra påslaget i samspillsleddet kan vi se at det er en positiv sammenheng mellom det å være mann med HKS og det å ha noen fortrolige. Hypotese 1 støttes dermed ikke av analysen.

For å kunne tolke resultatene, er det nødvendig å predikere sannsynligheten for de ulike gruppene, og dette er gjort i forhold til kjønn og HKS. Dette er vist grafisk for å lette tolkningene av resultatene. For prediksjonen benyttes *Modell 3*. Resultatene er vist i figur 6.1.



Figur 6.1: Sannsynlighet for å ha noen fortrolige, for menn og kvinner med og uten HKS. Øvrige variabler er satt til 0.

I omtalen av figuren vil jeg basere meg på *tendenser* siden de tallmessige forholdene er avhengige av verdiene på de andre uavhengige variablene. Figuren viser at menn med HKS har større sannsynlighet enn menn uten HKS for å ha noen fortrolige. For kvinnene er imidlertid situasjonen annerledes: Kvinner uten HKS har størst sannsynlighet for å ha

²⁷ Samspill betyr at effektene av en bestemt årsaksfaktor er avhengig av omstendighetene for øvrig. Man sier at det foreligger samspill mellom to uavhengige variabler hvis effekten av én uavhengig variabel varierer med verdien på en annen uavhengig variabel (Skog 1998).

²⁸ Koeffisienten i *Modell 3* referer til dem som har verdien null på den andre variabelen som inngår i samspillsleddet. Koeffisienten for HKS viser endring i logit for kvinner med HKS, mens koeffisienten for menn viser endring i logit for menn uten HKS.

noen fortrolige. Hos kvinnene kan det altså se ut til at HKS virker negativt på det å ha noen fortrolige. Likevel har kvinner større sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn det menn har. Altså; sannsynligheten for å ha noen fortrolige er større for kvinner i gruppene med og uten HKS sammenlignet med menn, men virkningen av det å ha HKS er forskjellig for menn og kvinner. Hos menn øker sannsynligheten for å ha noen fortrolige når de har HKS, mens hos kvinner med HKS reduseres sannsynligheten for å ha noen fortrolige.

6.2 Analyse av HKS og i hvilken grad menn snakker om problemer knyttet til sykdommen

For å måle sammenhengen mellom HKS og i hvilken grad menn snakker om sine helseproblemer benyttes lineær regresjon. Avhengig variabel er her en indeks som er basert på variablene ”snakker med familie om helseproblemer”, ”snakker med venner om helseproblemer”, ”snakker med kolleger om helseproblemer”, ”snakker med lege om helseproblemer” og ”snakker med annet helsepersonell om helseproblemer”. Indeksen får 6 verdier med 0 som laveste og 5 som høyeste. Indeksen måler i hvilken grad man tar i bruk de nevnte kanaler for å snakke om sine helseproblemer. Jo høyere skåre man har på indeksen, jo flere kanaler har man tatt i bruk.

Analysen gjøres i tre trinn. I første trinn inkluderes variabelen for HKS. For at det skal være en sammenheng med det å ha HKS og å benytte flere kanaler til å snakke om helseproblemer, må koeffisienten være positiv og signifikant. I neste inkluderes kontrollvariablene som antas å ha sammenheng med i hvilken grad man snakker med ulike miljøer om helseproblemene sine. Dette gjøres for å isolere effekten av HKS på sannsynligheten for å snakke med flere andre om helseproblemene sine. For å se om menn med HKS skiller seg fra menn uten HKS, og om menn med HKS skiller seg fra kvinner med HKS, kontrolleres det i siste trinn for samspill. For at analysen skal gi støtte til hypotesen om at menn med HKS i mindre grad benytter flere kanaler for å snakke om helseproblemer, må samspillskoeffisienten være negativ og signifikant.

Modell 1 (tabell 6.2) indikerer at det er en positiv og signifikant sammenheng mellom det å ha HKS og det å snakke med andre om sine helseproblemer. Personer med HKS

benytter med andre ord flere kanaler for å snakke om sine helseproblemer, enn personer uten. Dette ikke uventet, siden de med HKS har en konkret sykdom å snakke om.

Tabell 6.2: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og i hvilken grad man snakker om problemer knyttet til helsen. (Indeksen "snakker om sine helseproblemer" har verdier fra 0 til 6.)

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	0,7668 **	0,0842	0,7988 **	0,0853	0,5309 **	0,1268
Over 67 år			-0,2093 **	0,0653	-0,2044 **	0,0652
Videregående utdanning			0,0064	0,0561	0,0066	0,0561
Høyere utdanning			0,0560 **	0,0730	0,0526 **	0,0729
mann			-0,3258 **	0,0479	-0,3632 **	0,0496
Lever i parforhold			0,0596	0,0519	0,0554	0,0519
Yrke med kort høyere utdanning			0,0200	0,0844	0,0160	0,0843
Funksjonærer på mellomnivå			0,0177	0,0177	0,0093	0,0920
Selvstendige med mindre firma			-0,0954	0,1265	-0,1007	0,1264
Håndverkere og prosessarbeidere			-0,0478	0,1080	-0,0461	0,1079
Andre ansatte			0,0905	0,0905	0,0776	0,1333
Kort deltids- arbeidende			0,2495	0,1870	0,2447	0,1868
Ikke yrkesaktive			0,1933 *	0,0805	0,1870 *	0,0804
Mann*HKS					0,4799 **	0,1683
Konstant	1,3591 **	0,0234	1,4278 **	0,0916	1,4535 **	0,0920
p < 0,05*	F=82,861**		F=12,208**		F=11,941**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,024		R ² _(justert) =0,039		R ² _(justert) =0,041	
	n=3389		n=3389		n=3389	

Referanse kategorier: HKS: Ikke HKS, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskole, Kjønn: Kvinner, Parforhold: Lever ikke i parforhold, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma.

I *Modell 2* ser vi at personer med HKS benytter seg av flere kanaler for snakke om sine helseproblemer, og denne observasjonen gjelder også når de øvrige variablene i analysen kontrolleres for. Modellen viser at de som er eldre enn 67 år, benytter seg av færre kanaler når de snakker om problemene knyttet til sykdommen, enn dem i aldersgruppen 45 til 67 år. Modellen viser videre at det er sammenheng mellom utdanning og det å snakke om helseproblemer. Selv om sammenhengen ikke er sterk, viser den at de med høyere utdanning benytter flere kanaler til å snakke om helseproblemer enn de med utdanning på grunnskolenivå. I forrige analyse så vi at personer med høy utdanning hadde flere fortrolige enn de med lav utdanning. Dette kan være en forklaring på at de snakker mer om helseproblemene sine. Videre kan man tenke seg at de med høy utdanning har lettere for å orientere seg inn mot mulige kanaler å benytte seg av i helsesektoren. Ikke uventet viser *Modell 2* at menn snakker mindre om sine

helseproblemer enn det kvinner gjør. Ulik sosioøkonomisk status gir ulik sannsynlighet for å snakke med andre om sine helseproblemer. Det er en positiv og signifikant sammenheng mellom det å være ikke-yrkesaktiv og det å snakke om sine helseproblemer sammenliknet med referansekategorien (ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma).

Samspillsleddet mellom HKS og kjønn er inkludert i *Modell 3* for å teste hypotesen om at HKS-syke menn benytter seg av færre kanaler til å snakke om sine helseproblemer enn HKS-syke kvinner. For å få støtte til hypotese 2 må samspillsleddet ha en negativ og signifikant verdi. Det har det ikke, og hypotesen får dermed ikke støtte. Samspilleddets positive påslag forteller oss at HKS har en større innvirkning på menn enn på kvinner når det gjelder antall kanaler som benyttes for å snakke om helseproblemer²⁹. Tabell 6.3 viser skåren på indeksen for hvor mange kanaler menn og kvinner med og uten HKS benytter seg av³⁰.

Tabell 6.3: Indeksskåre for ”å snakke med andre om sine helseproblemer”. Den prosentvise endringen i indeksskåre er regnet ut med utgangspunkt i menn med HKS.

	Indeksskåre	Endring (%)
Menn m/HKS	2,1	0
Menn u/HKS	1,1	-48,2
Kvinner m/HKS	2,0	-5,7
Kvinner u/HKS	1,4	-31,8

De som skårer høyest på indeksen, er menn med HKS, mens menn uten HKS skårer lavest. Kvinner med HKS skårer nesten like høyt som menn med HKS, mens kvinner uten HKS skårer høyere enn menn uten HKS. Dette betyr at for både menn og kvinner fører HKS til en økning i ”å snakke med andre om sine helseproblemer”. Økningen er imidlertid større for menn enn den er for kvinner, og dessuten skårer menn med HKS høyere på indeksen enn det kvinner med HKS gjør. Ingen av disse funnene stemmer overens med hypotesen som lå til grunn (hypotese 2). Selv om resultatene ikke gir støtte

²⁹ Koeffisientene i *Modell 3* refererer til dem som har verdien null på den andre variabelen som inngår i samspillsleddet. Koeffisienten for HKS viser endring i logit for kvinner med HKS, mens koeffisienten for menn viser endring i logit for menn uten HKS.

³⁰ Utrekningen er foretatt blant dem som skårer null på de øvrige variablene. Altså de som er i alderen 45 til 67 år, har utdanning tilsvarende grunnskole, ikke lever i parforhold og er ledere, høyere funksjonærer eller selvstendige med større firma.

til hypotesen, er det interessant å merke seg at det er menn med HKS som i størst grad snakker med andre om problemer knyttet til sykdommen. Dette vil jeg komme tilbake til i seksjon 6.5.

6.3 Analyse av parforhold og livskvalitet hos menn med HKS

I den følgende analysen vil sammenhengen mellom livskvalitet og parforhold hos menn med HKS bli undersøkt. Siden livskvalitet bestemmes av variablene ”angst”, ”depresjon” og ”egenvurdert helse”, vil det måtte gjøres separate analyser for de tre. Variablene ”alder”, ”utdannelse” og ”sosioøkonomisk status” antas å kunne påvirke livskvalitet og er derfor med som kontrollvariabler i samtlige analyser. Psykisk helse (angst og depresjon) måles ved hjelp av *Hopkins liste*, mens egenvurdert helse måles gjennom variabelen ”vurdering av egen helse”. Fremdriften i analysene beskrives forut for gjennomføringen.

6.3.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel

For å måle sammenhengen mellom angst og parforhold hos menn med HKS benyttes lineær regresjon. Kvinner og personer under 45 år er ikke med i analysen. Dermed vil denne analysen estimere relative forskjeller i forhold til angst mellom ulike grupper menn fra alderen 45 år og oppover.

Analysen gjøres i tre trinn. I første trinn inkluderes variablene for HKS og parforhold, og i det neste inkluderes kontrollvariablene. For at analysen skal gi støtte til hypotese 3 må variabelen som angir parforhold være negativ og signifikant. I tredje trinn inkluderes et samspill mellom HKS og parforhold. Grunnen til dette er at vi ønsker å få svar på om det å leve i parforhold har større betydning for livskvalitet for dem med HKS enn for dem uten. For at dette skal være tilfelle må samspillet være negativt og signifikant. Den lineære regresjonen hvor disse modellene inngår er presentert i tabell 6.4.

Gruppen med HKS skårer signifikant høyere på angstindeksen enn gruppen uten, mens de som lever i parforhold skårer signifikant lavere på angstindeksen enn dem som er enslige. Siden de som lever i parforhold har mindre angst (når HKS er kontrollert for), får

hypotese 3 støtte. Ser man HKS og parforhold sammen, viser det seg at gruppen med HKS, som lever i parforhold, har mindre angst enn gruppen med HKS, som er enslige.

Tabell 6.4: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og parforhold hos menn med HKS.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	1,5999 **	0,4606	1,2671 **	0,4584	0,1069	0,9764
Lever med partner	-1,5407 **	0,3782	-1,1202 **	0,3789	-1,3113 **	0,4044
Over 67 år			-1,9231 **	0,4132	-1,9393 **	0,4132
Videregående utdanning			-0,3818	0,3738	-0,3629	0,3739
Høyere utdanning			-0,4899	0,4444	-0,4891	0,4441
Yrke med kort høyere utdanning			-0,0499	0,4444	-0,0502	0,4442
Funksjonærer på mellomnivå			0,7211	0,6369	0,7092	0,6366
Selvstendige med mindre firma			-0,2127	0,6361	-0,2318	0,6359
Håndverkere og prosessarbeidere			0,4073	0,5018	0,3835	0,5018
Andre ansatte			1,5185	0,9857	1,4985	0,9852
Kort deltids- arbeidende			0,4469	1,2889	0,4305	1,2882
Ikke yrkesaktive			2,3422 **	0,4435	2,3456 **	0,4432
HKS*partner					1,4759	1,0968
Konstant	3,5661 **	0,3533	3,0605 **	0,5692	3,2201 **	0,5811
p < 0,05*	F=15,296**		F=6,559**		F=6,201**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,040		R ² _(justert) =0,088		R ² _(justert) =0,089	
	n=690		n=690		n=690	

Referansekategorier: HKS: Ikke HKS, Partner: Lever ikke med partner, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskoleutdanning, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer eller selvstendige med større firma, HKS: Har ikke HKS.

I *Modell 2* har skåren til variablene ”HKS” og ”lever i parforhold” sunket noe i forhold til *Modell 1* etter at de andre variablene er kontrollert for. Det er altså også andre faktorer som er med på å bestemme hvor mye angst man har. *Modell 2* viser at de som er eldre enn 67 år, har mindre angst enn dem i aldersgruppen 45 til 67. Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom grupper med ulikt utdannelsesnivå. Likevel ser man at sosioøkonomisk status påvirker angstsåre; ikke-yrkesaktive har en signifikant høyere angstsåre enn ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma. Som vi har sett tidligere, består ikke-yrkesaktive av alderspensjonister og hjemmearbeidende, hvor omtrent halvparten har sykdom eller lidelse av varig karakter. Dette kan være en forklaring på at denne gruppen skårer høyt på angst.

Kontroll for samspill mellom HKS og parforhold i *Modell 3* viser at menn med HKS ikke har større utbytte av å leve i parforhold enn det menn uten HKS har når det gjelder angst. Det å leve i parforhold fører til en reduksjon av indeksverdien for angst, men denne forskjellen ikke er signifikant forskjellig for menn med og uten HKS.

6.3.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel

Analysen med depresjon som avhengig variabel følger samme analysemønster som beskrevet for angst i seksjonen over, og de samme kontrollvariablene brukes. Variablene for HKS og parforhold inkluderes i første trinn, mens kontrollvariablene inkluderes i andre trinn. I siste trinn inkluderes samspillet mellom HKS og parforhold. Den lineære regresjonen presenteres i tabell 6.5.

Tabell 6.5: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og parforhold hos menn med HKS.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	3,6391 **	0,7306	2,9142 **	0,7304	0,5778	1,5887
Lever med partner	-2,6778 **	0,5985	-1,8057 **	0,6054	-2,1696 **	0,6433
Over 67 år			-1,9908 **	0,6556	-2,0339 **	0,6552
Videregående utdanning			0,0237	0,5997	0,0432	0,5991
Høyere utdanning			0,1761	0,7123	0,1496	0,7115
Yrke med kort høyere utdanning			-0,3956	0,7002	-0,3950	0,6993
Funksjonærer på mellomnivå			0,3174	1,0280	0,3057	1,0267
Selvstendige med mindre firma			1,0454	1,0057	1,0070	1,0047
Håndverkere og prosessarbeidere			0,5893	0,7964	0,5404	0,7959
Andre ansatte			2,6958	1,5588	2,6277	1,5573
Kort deltids- arbeidende			1,1707	2,0372	1,1387	2,0347
Ikke yrkesaktive			3,7303 **	0,7006	3,7295 **	0,6997
HKS*partner					2,9380	1,7748
Konstant	6,4100 **	0,5583	4,6204 **	0,9101	4,9456 **	0,9299
p < 0,05*	F=23,649**		F=7,588**		F=7,233**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,062		R ² _(justert) =0,104		R ² _(justert) =0,106	
	n=681		n=681		n=681	

Referansekategori: HKS: Ikke HKS, Lever med partner: Lever ikke med partner, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskoleutdanning, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer eller selvstendige med større firma, HKS: Har ikke HKS.

Gruppen med HKS skårer signifikant høyere på depresjon, enn gruppen uten HKS. Dette er det samme som krysstabellene med symptomene som inngikk i *Hopkins liste* i kapittel 4 viste, og det er også den samme tendensen som vi så i analysen av angst (forrige

seksjon). De som lever i parforhold, skårer signifikant lavere på depresjonsindeksen enn de enslige, når HKS er kontrollert for. Resultatene fra første trinn gir dermed støtte til hypotese 3.

Tendensene viser seg også i andre trinn, når de øvrige variablene kontrolleres for. *Modell 2* viser at de som er eldre enn 67 år, skårer signifikant lavere på depresjonsindeksen enn dem som er i alderen 45 til 67 år. Det er den samme tendensen som vi så for angst (tabell 6.4). Videre ser vi at det for depresjon – på samme måte som for angst – ikke er signifikante forskjeller mellom grupper med ulikt utdanningsnivå, samtidig som de ikke-yrkesaktive skårer signifikant høyere på depresjon enn grupper med annen sosioøkonomisk status. Det samme var tilfellet når det gjaldt angst, men økningen i forhold til depressive symptomer er høyere for de ikke-yrkesaktive.

For å teste om parforhold hadde større betydning for depresjon for gruppen med HKS enn for gruppen uten ble det i tredje trinn inkludert et samspillsledd mellom HKS og parforhold. For at dette skulle være tilfelle, måtte samspillet være negativt og signifikant. Det var det imidlertid ikke.

De to foreløpige analysene indikerer at HKS fører til noe dårligere psykisk helse, men at det å leve i parforhold har positiv innvirkning på den mentale helsen. Dette gjelder alle menn, ikke menn med HKS spesielt. Likevel kan vi si at menn med HKS, som lever i parforhold, skårer bedre i forhold til mental helse enn det menn med HKS, som ikke lever i parforhold, gjør. Så langt har vi fått støtte til hypotese 3 om at enslige menn med HKS opplever dårligere livskvalitet enn menn med HKS, som lever i parforhold. I forbindelse med dette ønsker jeg å undersøke hvordan menn med HKS selv vurderer sin egen helse, og om dette varierer i forhold til om de lever i parforhold eller ikke.

6.3.3 Ordinal regresjon med vurdering av egen helse som avhengig variabel

I denne analysen undersøkes det om de som lever i parforhold, vurderer helsen sin som bedre enn de enslige gjør. De samme kontrollvariablene brukes i denne analysen som i de to foregående. I motsetning til lineær og logistisk regresjon tillater ikke ordinal regresjon at variabler legges inn i blokker. Samtlige variabler blir derfor presentert i samme

modell³¹. For at hypotese 3 skal få støtte må verdien til ”parforhold” være negativ og signifikant. Resultatene presenteres i tabell 6.6³².

Tabell 6.6: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurdering av egen helse og det å leve i parforhold hos menn med HKS.

	B	SE(B)
Kuttpunkt 1	-2,6709 **	0,1749
Kuttpunkt 2	-0,1309	0,1598
Kuttpunkt 3	1,3463 **	0,1714
Kuttpunkt 4	3,1630 **	0,2529
HKS	1,4287 **	0,1672
lever med partner	-0,2585 *	0,1171
Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige m/ større firma	-1,5870 **	0,1627
Andre i yrker m/ kort høyere utd.	-1,6323 **	0,1805
Funksjonærer på mellomnivå	-1,4326 **	0,2263
Selvstendige m/ mindre firma	-1,4037 **	0,2180
Håndverkere og prosessarbeidere	-1,2118 **	0,1773
Andre ansatte	-1,3652 **	0,2954
Kort deltids-arbeidende	-1,0070 *	0,4629
68 år og eldre	-0,9438 **	0,1418
Videregående utdanning	-0,2353	0,1212
Høyere utdanning	-0,8066 **	0,1531
<hr/>		
p < 0,05*	Endring -2LL = 324,445** df=12	
p < 0,01**	n = 1680	

Referansekategorier: Sosioøkonomisk status: Ikke-yrkesaktive, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskole, HKS: Ikke HKS, Lever med partner: Lever ikke med partner.

Med utgangspunkt i kuttpunktene i tabellen betyr positiv koeffisient mindre sjanse for å havne i enden av skalaen hvor helsen blir vurdert som god³³. Negativ koeffisient betyr større sjanse for å havne i enden av skalaen hvor helsen vurderes som god. Med dette som utgangspunkt ser vi at sannsynligheten for at menn med HKS vurderer helsen sin som god, er mindre enn sannsynligheten for at de som ikke har HKS vurderer helsen sin som god. På den andre siden har de som er eldre enn 67 år, de som har høyere utdanning og de som lever i parforhold signifikant større sjanse for å havne i enden av skalaen hvor helsen vurderes som god. Videre kan vi se at det eksisterer forskjeller innad i gruppene

³¹ Først i modellen er verdiene til kuttpunktene, deretter verdiene til kontrollvariablene og til sist verdiene til variablene HKS og parforhold. De som vurderer helsen sin som *veldig god*, har kuttpunkt 1, *god* har kuttpunkt 2, *verken god eller dårlig* har kuttpunkt 3, mens *dårlig* har kuttpunkt 4. Vurdering av helsen som *meget dårlig* er ikke her representert med kuttpunkt siden det er ett kuttpunkt mindre enn det er verdier i den avhengige variabelen.

³² Analysen gir koeffisienter for kontrollvariablene, ”HKS” og ”å leve med partner”. I tillegg får vi fire kuttpunkter, ett kuttpunkt mindre enn antall verdier på den avhengige variabelen. Kuttpunktet med verdi 1 er *meget god*, verdi 2 er *god*, verdi 3 er *verken god eller dårlig*, mens verdi 4 er *dårlig*. Kuttpunktene og koeffisientene kan benyttes til å beregne odds, oddsratioer og sannsynligheter.

³³ Se formel 5.9.

med ulik sosioøkonomisk status. Menn i manuelle yrker (håndverkere og prosessarbeidere) har mindre sannsynlighet for å vurdere helsen sin som meget god, enn de med ikke-manuelle yrker (yrker med kort høyere utdanning). Denne informasjonen forteller oss imidlertid ingenting om hva de ulike gruppene skårer på ”vurdering av egen helse”. For å si noe om dette trenger man oddsverdier, oddsratioer eller sannsynligheter. Siden odds og oddsratioer ikke er enkle å forstå substansielt, har jeg her foretatt omregning til sannsynligheter³⁴.

Tabell 6.7: Menns vurdering av egen helse ut fra parforhold og HKS. Sannsynligheter er oppgitt i prosent (øvrige verdier satt til 0).

Vurdering av helsen som:	Enslige u/HKS	Enslige m/HKS	Parforhold u/HKS	Parforhold m/HKS
Meget god	6,5	1,6	8,2	2,1
God	40,3	15,7	45,0	19,3
Verken god eller dårlig	9,3	30,6	20,8	47,4
Dårlig	5,6	37,0	7,3	25,4
Meget dårlig	0,9	15,0	1,3	5,8

Tabell 6.7 viser hvordan sannsynligheten for å vurdere helsen sin som *meget god*, *god*, *verken god eller dårlig*, *dårlig* og *meget dårlig* varierer med det å ha HKS og det å leve i parforhold³⁵. Ikke uventet er det stor variasjon mellom menn med og menn uten HKS. Mer interressant er likevel betydningen for menn med HKS av å leve i parforhold. Tallene viser at menn med HKS, som lever i parforhold, har større sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *meget god* og *god* enn enslige menn (både HKS-rammede og ikke). Analysene av depresjon og angst viste at de som levde i parforhold hadde bedre psykisk helse. Det er større sannsynlighet for at de med HKS, som lever i parforhold, havner i kategorien *verken god eller dårlig*. Ser vi på dem som vurderer helsen sin som *dårlig* og *meget dårlig*, ser vi at det er langt større sannsynlighet for at enslige menn med HKS plasserer seg her, enn for at menn med HKS, som lever i parforhold, gjør det.

Sammenligner man HKS-rammede menn som lever i parforhold med enslige HKS-rammede menn, ser man at de vurderer helsen sin forskjellig. I begge gruppene er det en

³⁴ I ordinal logistisk regresjon jobbes det med kumulative sannsynligheter. For å beregne sannsynligheten for å havne i gruppen som vurderer helsen sin som *meget god* bruker vi kuttpunkt 1, for å havne i gruppen som vurderer helsen sin som *god* bruker vi kuttpunkt 2 osv. De kumulative sannsynlighetene må deretter regnes om til sannsynligheter. Når dette gjøres, blir resultatene som vist i tabell 6.7.

³⁵ Når man regner ut i forhold til andre variabler enn tabell 6.6 sine referansekategorier forandrer tallene seg, men mønsteret holder seg i forhold til hvordan man vurderer helsen ut fra HKS og parforhold.

stor andel som vurderer helsen sin som *verken god eller dårlig*, men overvekten er de som lever i parforhold. Av de som vurderer helsen sin som *dårlig*, er de enslige i klar overvekt. Menn med HKS, som lever i parforhold, vurderer altså helsen sin som bedre enn det enslige menn med HKS gjør. Dette funnet gir støtte til hypotese 3.

6.4 Diskusjon

Med utgangspunkt i hypotese 1 ønsket jeg å undersøke sammenhengen mellom det å ha HKS og å være mann og det å ha fortrolige relasjoner. I kapittel 2 så vi eksempler som pekte i retning av at syke menn har færre fortrolige enn kvinner. Det å ha få fortrolige ble forbundet med noe maskulint. Menn forsøkte ofte å skjule sykdommen fra omverdenen, trakk seg tilbake fra sosiale sammenhenger og sverget til handling framfor fortrolighet. Analysen av hypotese 1 viste at de med HKS har mindre sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn dem uten HKS (*Modell 1*, tabell 6.1). Effekten av HKS forsvant imidlertid når flere variabler ble kontrollert for (*Modell 2*). *Modell 2* viste at menn hadde mindre sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn det kvinner hadde (kontrollert for de øvrige variablene). Så langt gir disse funnene støtte til hypotese 1. Videre kunne vi se at fortrolighet varierer med utdanning og sosioøkonomisk status. Grupper med høyere utdanning har større sannsynlighet for å ha noen fortrolige, enn ikke-yrkesaktive. I *Modell 3* ønsket jeg å undersøke om det å være mann betyr at de sosiale nettverkene er preget av mindre nærhet og fortrolighet hos personer med HKS. Resultatene fra analysen viste at det motsatte var tilfellet: Menn med HKS har større sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn menn uten HKS. Dette funnet ga ikke støtte til hypotese 1. Videre kunne vi se at HKS har motsatt effekt på kvinner og menn (figur 6.1). For menn førte HKS til en liten økning i sannsynligheten for å ha noen fortrolige, mens for kvinner reduserte HKS sannsynligheten for å ha noen fortrolige. Det er imidlertid viktig å huske at kvinner generelt har større sannsynlighet for å ha noen fortrolige enn det menn har. Likevel ser man en tendens til at effekten av HKS er forskjellig for menn og kvinner når det gjelder å ha noen fortrolige. Jeg kommer tilbake til mulige forklaringer på dette.

Hypotese 2 postulerte at menn ikke snakker om sine problemer knyttet til HKS. Tidligere så vi hvordan vektlegging av kontroll, robusthet og autonomi hos menn kunne føre til at

følelser rundt sykdom ikke ble uttrykt. Mange menn ønsker å holde distanse til egen sykdom. De skjuler også sine problemer og lidelser for andre. I tillegg viser kvalitative undersøkelser at mange menn har liten tro på at det å snakke om sin egen sykdomssituasjon kan være til hjelp. *Modell 1* (tabell 6.2) viser at de med HKS benytter seg av flere kanaler for å snakke om helsen sin enn dem uten HKS. Dette er som forventet både fordi HKS er en alvorlig sykdom, men også fordi de HKS-rammede faktisk har en sykdom å snakke om, i motsetning til de som ikke har HKS. Hypotesen handlet imidlertid om at menn i mindre grad snakket om helsen sin enn det kvinner gjorde. I *Modell 2* så vi at menn benytter seg av færre kanaler for å snakke om helsen sin, enn det kvinner gjør. Ut fra dette kan det se ut til at menn med HKS benytter færre kanaler for å snakke om helsen sin enn det kvinner gjør. I *Modell 3* er samspill mellom *HKS* og *mann* inkludert, og dette samspillet er positivt. Kombinasjonen av det å ha HKS og det å være mann fører med andre ord til en økning i antall kanaler man bruker for å snakke om helsen sin. Forskjellen mellom menn og kvinner er riktignok ikke stor, men også her ser man en tendens som ikke støtter den opprinnelige hypotesen.

Verken hypotese 1 eller 2 støttes av analysene. Tvert imot viser det seg at det å ha HKS, for menn, øker antall kanaler som benyttes for å snakke om helseproblemer og også sannsynligheten for å ha noen fortrolige. Spørsmålet blir da: *Hvorfor har HKS denne effekten på menn, når man ut fra teorien skulle forvente det motsatte?* En forklaring kan være at sykdommen gir menn en legitim grunn til å snakke om følelser og erkjenne sin sårbarhet. Kanskje er det slik at menn har et undertrykt behov for å snakke om hva de føler, og at sykdommen gir dem anledning til å åpne seg. En sykdom kan føre til at vante handlingsmønstre brytes, og denne erfaringen kan gjøre at menn ser på seg selv som menn i et annet lys enn tidligere. Flere av Lilleaas' informanter rapporterte at de hadde blitt mer følsomme og kommet nærmere familien etter et hjerteinfarkt (kapittel 2). Dette var noe de så på som positivt. Det å ha en alvorlig sykdom og å møte utsikter til egen dødelighet gjorde at de fikk andre prioriteringer i livet og endret synet på seg selv.

På den annen side kjenner vi ikke til innholdet i samtalene mennene oppgir å ha. De snakker mer om sykdommen enn det kvinner gjør, men jevnt over oppgir de å ha færre fortrolige enn det kvinner har. Dette kan bety at samtalene ikke er preget av

følelsesmessig nærhet, støtte og trøst, men veiledning og assistanse. Sistnevnte er konsistent med det som forbindes med maskulinitet.

Kan hende er det noe med HKS i seg selv som gjør det lettere for menn å betro seg til og snakke med andre om denne sykdommen. Ulike sykdommer er forbundet med ulik prestisje, og HKS var blant sykdommene som ble forbundet med høyest. Dessuten er HKS også en sykdom som tradisjonelt har blitt sett på som en mannlig sykdom (selv om kunnskapen om kvinner og HKS øker). Selv om HKS kan skyldes usunn livsstil med dårlig mat og helsevaner, er det også en sykdom som kan forårsakes av et krevende arbeidsliv med mye stress og stor arbeidsmengde. Dette blir sett på som mannlige dyder og gir status i enkelte maskuline miljøer. HKS kan derfor passe godt inn i en mannlig biografisk fortelling, noe som gjør denne sykdommen lettere å snakke om enn mange andre sykdommer. Det er ikke sikkert at man hadde sett de samme effektene av prostatakreft.

Spørsmålet om menn med HKS, som lever i parforhold, har bedre livskvalitet enn menn med HKS, som er enslige, ble undersøkt med utgangspunkt i hypotese 3. Tidligere så vi at menn hadde færre fortrolige enn kvinner, og begrensning i mannlige vennskap kan gjøre at menn er avhengige av kvinner for intimitet og følelsesmessig støtte. Fra analysene så vi at parforhold førte til en reduksjon på både angst og depresjonsindeksen. Riktignok var det ikke slik at de med HKS hadde større utbytte av å leve i parforhold, enn dem uten HKS, men vi kan likevel konkludere med at menn med HKS, som lever parforhold, har færre symptomer på angst og depresjon, enn enslige med HKS.

Videre så vi at HKS-syke som levde i parforhold hadde mindre sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *dårlig* og *meget dårlig*. Disse funnene støtter hypotese 3: HKS-rammede som lever i parforhold har bedre livskvalitet enn HKS-rammede som er enslige.

7 Legekontakt og livskvalitet hos menn med HKS

Dette kapittelet omhandler kjønn, legekontakt og livskvalitet hos personer med HKS. Med hypotese 4 som utgangspunkt vil jeg undersøke om menn med HKS har mindre legekontakt enn kvinner med HKS, og med utgangspunkt i hypotese 5 vil jeg undersøke om personer med HKS, som har mer legekontakt, har bedre livskvalitet enn personer med HKS, som har mindre. Sammenhengen mellom kjønn og legekontakt hos personer med HKS vil bli undersøkt ved hjelp av logistisk regresjon. Den avhengige variabelen "legekontakt" er dikotom og forteller om man har vært i kontakt med lege de siste 12 månedene eller ikke. "Kontakt med lege" blir i analysene som omhandler livskvalitet, brukt som en uavhengig variabel. Avhengige variabler er som tidligere ved livskvalitet, "angst", "depresjon" og "vurdering av egen helse".

7.1 Analyse av HKS-syke menns kontakt med lege

Den følgende analysen gjennomføres i to trinn. I første trinn inkluderes variablene for HKS og kjønn. Kontrollvariablene i denne analysen er "alder", "utdannelse", "parforhold" og "sosioøkonomisk status", og disse inkluderes i andre trinn. Variablene antas å ha sammenheng med legekontakt hos menn med HKS, så for å få svar på om det å være mann med HKS har betydning for kontakt med lege, må disse kontrolleres for. Hvis analysen skal støtte antagelsen i hypotese 4, må det være en negativ og signifikant sammenheng mellom det å være mann og det å ha legekontakt. Tabell 7.1 viser den logistiske regresjonsmodellen hvor disse modellene er benyttet.

Analysen i *Modell 1* (tabell 7.1) viser at det å ha HKS har en positiv og signifikant sammenheng med legekontakt. I tillegg viser den at det å være mann har negativ og signifikant sammenheng med legekontakt. Dette betyr at de som har HKS har større sannsynlighet for å ha vært i kontakt med lege mer enn fem ganger de siste 12 månedene, og at menn med HKS har mindre sannsynlighet for å ha vært i kontakt med lege enn det kvinner med HKS har. Hypotese 4 støttes dermed av analysen i *Modell 1*.

Flere av kontrollvariablene i *Modell 2* (tabell 7.1) gir signifikante utslag i tillegg til at ”HKS” og ”mann” fremdeles er signifikante når øvrige variabler kontrolleres for. Eldre har signifikant mindre sannsynlighet for å være i kontakt med lege mer enn fem ganger i

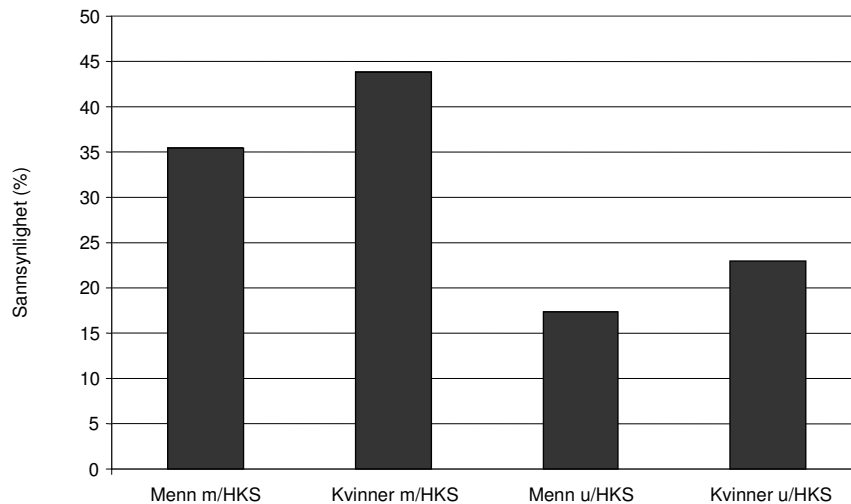
Tabell 7.1: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og sannsynlighet for å ha legekontakt. (Har vært hos lege 5 ganger eller mer siste 12 måneder. = 1, har ikke vært hos lege under 5 ganger siste 12 måneder= 0.)

	Modell 1		Modell 2	
	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	1,0348 **	0,1416	0,9665 **	0,1479
Mann	-0,4269 **	0,0915	-0,3489 **	0,0993
Over 67 år			-0,7541 **	0,1256
Videregående utdanning			-0,2972 **	0,1091
Høyere utdanning			-0,4493 **	0,1520
Lever i parforhold			-0,2901 **	0,1022
Yrke med kort høyere utdanning			0,0413	0,1988
Funksjonærer på mellomnivå			-0,0036	0,2062
Selvstendige med mindre firma			-0,0399	0,2983
Håndverkere og prosessarbeidere			0,3141	0,2355
Andre ansatte			0,1168	0,2883
Kort deltids- arbeidende			0,8056 *	0,3575
Ikke yrkesaktive			0,8499 **	0,1702
Konstant	-1,3935 **	0,0616	-1,2145 **	0,1948
p < 0,05*	-2LL=3117,233		-2LL=3027,662	
p < 0,01**	n=3365		n=3365	

Referansekategori: Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskole, Parforhold: Lever ikke i parforhold, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma, HKS: Ikke HKS, Mann: Kvinne.

løpet av et år, enn personer i aldersgruppen 45 til 67 år. Også de som lever i parforhold og de som har høyere utdanning har signifikant mindre sannsynlighet for å være i kontakt med lege. En årsak kan være at de er friskere, men en annen kan være at de i mindre grad er plaget av angst og depresjon. Dette blir belyst under. Sosioøkonomisk status har også betydning for legekontakt. Kort-/deltidsansatte og ikke- yrkesaktive har signifikant større sannsynlighet for legekontakt enn referansekategorien. Dette kan ha sin forklaring i at en større andel av gruppen *ikke-yrkesaktive* består av alderspensjonister og hjemmearbeidende hvor omtrent halvparten lider av en sykdom som er av varig karakter. Også i gruppen *kort- og deltidsarbeidende*, er det sannsynlig at mange har en lidelse eller sykdom som gjør at de ikke kan jobbe fulltid.

Estimatene over angir at de med HKS har ulik sannsynlighet for å ha kontakt med lege. For å kunne tolke resultatene er det nødvendig å predikere sannsynligheten for de ulike gruppene, og til dette benyttes *Modell 2*. Dette er framstilt grafisk i figur 7.1.



Figur 7.1: Sannsynlighet for å ha vært i kontakt med lege fem ganger eller mer de siste 12 månedene for menn og kvinner med og uten HKS (øvrige variabler er satt til 0).

Figur 7.1 viser at menn og kvinner med HKS har ulik sannsynlighet for å være hyppig i kontakt med lege. Sammenlignet med kvinner med HKS er sannsynligheten for at menn med HKS har vært hos lege mer enn fem ganger siste år, over 8 prosentpoeng lavere. Hos menn og kvinner uten HKS er denne forskjellen på nesten 6 prosentpoeng. Menn med HKS har rundt 18 prosentpoeng større sjanse for å ha vært i kontakt med lege, enn menn uten HKS. Hos kvinner er dette forholdet på nesten 21 prosentpoeng. Kvinner med HKS har med andre ord større sannsynlighet for hyppig kontakt med lege enn det menn med HKS har.

7.2 Analyse av sammenheng mellom kontakt med lege og livskvalitet hos personer med HKS

I forrige analyse så vi at menn med HKS i mindre grad enn kvinner med HKS hadde kontakt med lege. I tillegg så vi at kontakten med lege kunne variere med sosioøkonomisk status, utdannelse, alder og parforhold. I de følgende analysene vil sammenhengen mellom kontakt med lege og helsevesen og livskvalitet bli undersøkt.

Livskvalitet er som tidligere målt gjennom grad av angst og depresjon og hvordan egen helse vurderes. Fremdriften i analysene beskrives forut for gjennomføringen av dem.

7.2.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel

Lineær regresjon benyttes for å undersøke sammenheng mellom legekontakt og angst hos personer med HKS. Personer under 45 år er ikke med i analysen. I *Modell 1* inkluderes HKS og legekontakt, mens kontrollvariablene inkluderes i *Modell 2*. For at analysen skal gi støtte til hypotesen om at lite kontakt med lege gir dårligere livskvalitet hos personer med HKS, må det være en negativ og signifikant sammenheng mellom ”HKS” og ”legekontakt” på angst. I *Modell 3* inkluderes et samspillsledd mellom ”HKS” og ”legekontakt” for å undersøke muligheten for at legekontakt kan være av større betydning for personer med HKS enn for personer uten når det gjelder grad av angst. Skal dette være tilfellet må samspillsleddet ha en negativ og signifikant verdi. Analysen er presentert i tabell 7.2.

Regresjonsanalysen viser at personer med HKS har signifikant flere symptomer på angst enn personer uten HKS. I tillegg har de som har hatt legekontakt fem ganger eller mer det siste året, signifikant flere symptomer på angst enn dem som har hatt mindre legekontakt. Det er også slik de med HKS, som har hyppig kontakt med lege, skårer høyere på angstindeksen enn de med HKS, som har mindre kontakt med lege. Konklusjonen av analysen i *Modell 1* er at HKS-syke som har vært i kontakt med lege mer enn fem ganger de siste 12 månedene, skårer høyere på angst enn HKS-syke som har legekontakt færre ganger.

Modell 2 viser at effekten av *HKS* og *kontakt med lege* på *angst* er redusert noe etter at kontrollvariablene er lagt til. De som er over 67 år, oppgir å ha signifikant mindre angst enn dem i aldersgruppen 45 til 67 år. Utdannelse er også med på å påvirke grad av angst. Gruppen med høyere utdannelse har signifikant færre symptomer på angst enn gruppen med lav utdannelse. En forklaring kan være at førstnevnte gruppe har lettere for å tolke og å forstå informasjon fra helsepersonell og å tilegne seg informasjon på egenhånd, og at den på denne måten opparbeider seg større forståelse og trygghet i forhold til egen

sykdom. Det er også rimelig å anta at personer i denne gruppen har lettere for å stille legen spørsmål omkring sykdommen.

Tabell 7.2: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og legekontakt hos personer med HKS.

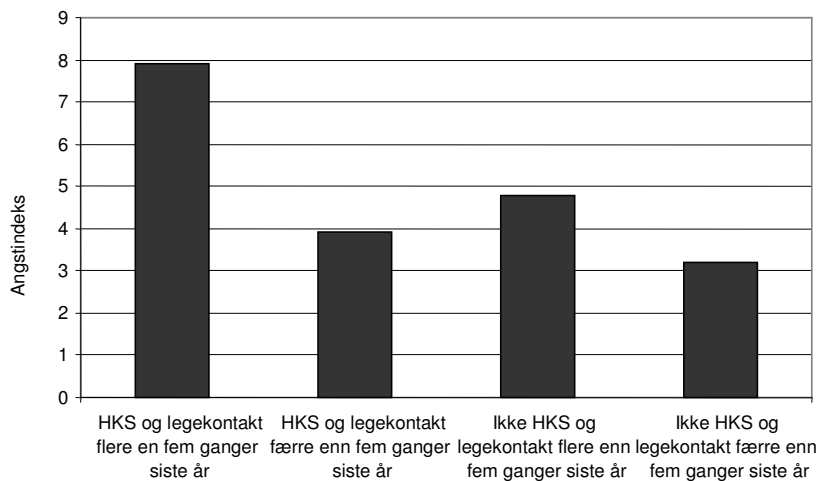
	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	1,5435 **	0,3591	1,3933 **	0,3535	0,7091	0,4324
Kontakt med lege	2,1873 **	0,2582	1,7956 **	0,2521	1,5298 **	0,2696
Mann			-0,1831	0,2013	-0,1997	0,2009
Lever med partner			-0,7202 **	0,2260	-0,6965 **	0,2256
Over 67 år			-1,6505 **	0,2733	-1,6006 **	0,2732
Videregående utdanning			-0,8881 **	0,2442	-0,8973 **	0,2436
Høyere utdanning			-1,0971 **	0,3046	-1,1668 **	0,3049
Yrke med kort høyere utdanning			0,1052	0,3285	0,1342	0,3279
Funksjonærer på mellomnivå			0,6096	0,3697	0,6036	0,3688
Selvstendige med mindre firma			-0,2025	0,5366	-0,2629	0,5357
Håndverkere og prosessarbeidere			0,3104	0,4393	0,3400	0,4384
Andre ansatte			1,4563 *	0,5823	1,3947 *	0,5814
Kort deltids- arbeidende			0,1349	0,6818	0,1326	0,6802
Ikke yrkesaktive			2,0229 **	0,3211	1,9974 **	0,3205
HKS*kontakt med lege					2,0109 **	0,7352
Konstant	2,2083 **	0,1066	3,1155 **	0,3903	3,1664 **	0,3898
p < 0,05*	F=52,064**		F=10,237**		F=7,482**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,070		R ² _(justert) =0,141		R ² _(justert) =0,145	
	n=1353		n=1353		n=1353	

Referansekategorier: HKS: Ikke HKS, Kontakt med lege: Har ikke kontakt med lege, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskoleutdanning, Mann: Kvinne, Lever med partner: Lever ikke med partner, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer eller selvstendige med større firma, HKS: Har ikke HKS.

Vi kan ikke ut fra modellen si at det er en sammenheng mellom kjønn og angst. Menn har riktignok færre symptomer på angst enn kvinner, men forskjellen er ikke signifikant. Parforhold har tidligere vist seg å ha negativ sammenheng med angst. Dette er tilfelle også i denne modellen. Det er en negativ og signifikant sammenheng mellom det å leve i parforhold og angst. Det betyr at enslige har mer angst enn dem som lever i parforhold. Som vi har sett, kan det å ha noen å snakke med og få støtte fra føre til større sikkerhet i tilværelsen, og dette kan være årsaken til at de som lever i parforhold, har mindre angst. Angst varierer også med sosioøkonomisk status. Ikke-yrkesaktive og gruppen ”andre ansatte” skårer signifikant høyere på angstindeksen enn ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma. Høyest skårer de ikke-yrkesaktive. Igjen er det nødvendig å merke seg at denne gruppen omfatter personer med sykdom eller lidelser av varig

karakter. Fra *Modell 2* ser det altså ut til at variasjoner i levekår, sammen med HKS og legekontakt, påvirker grad av angst.

Ved å kontrollere for samspill i *Modell 3*, kunne man undersøke om hyppig legekontakt er av større betydning for personer med HKS enn for personer uten. Samspillsleddet er positivt og signifikant. I tillegg har koeffisientene til variablene som inngår i samspillsleddet, endret seg. Effekten av HKS er ikke lenger signifikant i *Modell 3*. Det betyr at det ikke finnes forskjeller i forhold til angst hos de med og uten HKS, som har vært i kontakt med lege færre enn fem ganger de siste 12 månedene. Blant dem som har hyppig legekontakt, men ikke har HKS, har det vært en liten nedgang på angstindeksen. I figur 7.1 følger en grafisk framstilling av utregning med samspillsleddet for å illustrere dette.



Figur 7.2: Skåre på angstindeksen for personer med og uten HKS i forhold til legekontakt. Øvrige variabler er satt til 0.

Samspillsleddet kommer tydelig frem i figur 7.2. De med HKS, som har vært i kontakt med lege mer enn fem ganger i året som gikk, skårer langt høyere på angstindeksen enn de andre. Videre kan vi se at de uten HKS, som har flere enn fem legebesøk siste år, skårer høyere på angstindeksen enn dem med HKS, som har vært hos lege færre enn fem ganger i samme periode. Dette stemmer med *Modell 3* (tabell 7.2), som viser at HKS alene ikke har noen signifikant effekt på angst, men at hyppig legekontakt har det. Konklusjonen er at personer med HKS ikke har mer angst enn personer uten. Det er HKS i kombinasjon med hyppig legekontakt som fører til høy skåre på angst. Fra dette kan man tenke seg at gruppen med HKS, som har hyppig legekontakt, er sykere enn gruppen

som har sjeldnere kontakt. Førstnevnte gruppe kan ha hatt sykdommen i kortere tid og er derfor oftere inne til kontroller. I denne perioden er det vanlig å bekymre seg mer, og kanskje oppsøker personer i denne gruppen lege oftere på grunn av dette. De med HKS, som er sjeldnere hos lege, er kanskje friskere eller de kan ha hatt sykdommen en stund og lært seg å leve med den.

7.2.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel

Det benyttes her lik fremgangsmåte og de samme uavhengige variabler som i analysen med angst som avhengig variabel. Skal analysen støtte hypotese 5, må det være en negativ og signifikant sammenheng mellom "HKS" og "legekontakt" på "depresjon". Analysen gjennomføres i tre trinn.

Tabell 7.3: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og legekontakt.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	2,8547 **	0,5763	2,3646 **	0,5741	1,3267	0,7110
Kontakt med lege	3,5544 **	0,4183	3,0602 **	0,4131	2,6550 **	0,4438
Mann			-0,3086	0,3303	-0,3285	0,3297
Lever med partner			-1,1040 **	0,3747	-1,0824 **	0,3741
Over 67 år			-1,8537 **	0,4499	-1,8178 **	0,4493
Videregående utdanning			-0,3718	0,4013	-0,3640	0,4005
Høyere utdanning			-0,5519	0,5019	-0,6254	0,5018
Yrke med kort høyere utdanning			0,0375	0,5338	0,0764	0,5330
Funksjonærer på mellomnivå			1,1632	0,6068	1,1752	0,6057
Selvstendige med mindre firma			0,7433	0,8786	0,6647	0,8775
Håndverkere og prosessarbeidere			0,5063	0,7157	0,5567	0,7146
Andre ansatte			2,9097 **	0,9368	2,8442 **	0,9354
Kort deltids- arbeidende			0,5901	1,0940	0,6039	1,0918
Ikke yrkesaktive			3,4213 **	0,5254	3,4036 **	0,5244
HKS*kontakt med lege					2,8880 *	1,1713
Konstant	4,0772 **	0,1735	4,3260 **	0,6463	4,3889 **	0,6456
p < 0,05*	F=57,517**		F=7,988**		F=6,080*	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,079		R ² _(justert) =0,134		R ² _(justert) =0,138	
	n=1319		n=1319		n=1319	

Referansekategori: Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskoleutdanning, Mann: Kvinne, Lever med partner: Lever ikke med partner, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer eller selvstendige med større firma, HKS: Har ikke HKS, Kontakt med lege: Har ikke kontakt med lege.

Den trinnvise regresjonsanalysen viser at personer med HKS har flere symptomer på depresjon, enn personer uten HKS (første trinn). Videre ser vi at de som har hyppig kontakt med lege, skårer høyere på depresjonsindeksen enn dem som har mindre hyppig

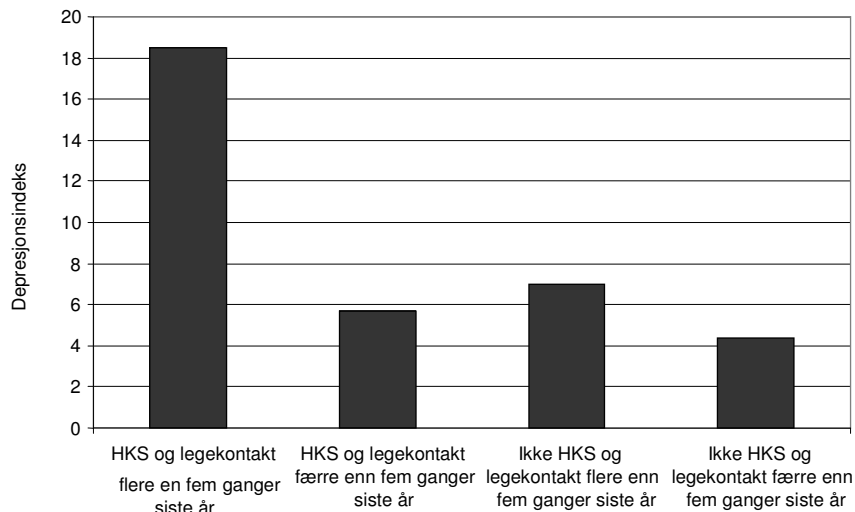
kontakt. Konklusjonen på analysen i *Modell 1* er at HKS-syke som har vært i kontakt med lege mer enn fem ganger de siste 12 månedene, skårer høyere på depresjon enn HKS-syke som ikke har vært i kontakt med lege like mye. Det å være hyppig i kontakt med lege reduserer ikke skåren på depresjonsindeksen.

Effekten av HKS og legekontakt på depresjon er noe svakere i *Modell 2* etter at de øvrige variablene er inkludert, men den er fremdeles signifikant. Modellen viser at de som er over 67 år, skårer lavere på depresjonsindeksen enn dem som er i alderen 45 til 67 år. I analysen med angst som avhengig variabel viste det seg at høy utdannelse førte til mindre grad av angst. Når det gjelder depresjon, er det imidlertid ingen signifikant sammenheng med utdannelse. Utdannelse har altså ikke samme innvirkning på depresjon som på angst. Det er heller ingen signifikante forskjeller i forhold til depresjon når det gjelder kjønn. Det å leve med partner har en negativ og signifikant sammenheng med depresjon. De som lever i parforhold er med andre ord i mindre grad deprimerte enn de som er enslige.

Sosioøkonomisk status påvirker depresjon. Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma er i minst grad deprimerte. Fra *Modell 2* ser vi at det er en signifikant og positiv sammenheng mellom "andre ansatte" og depresjon. Størst positiv sammenheng er det mellom ikke-yrkesaktive og depresjon. Sammenhengen med depresjon er signifikant også hos de to sistnevnte.

I *Modell 3* ble samspill mellom HKS og legekontakt tatt med for å undersøke om hyppig legekontakt har større betydning for dem med HKS enn for dem uten når det gjelder depresjon. *Modell 3* viser at samspillsleddet mellom "HKS" og "legekontakt" på "depresjon" er positivt og signifikant. Det betyr at hyppighet av legekontakt har ulik betydning for dem med og dem uten HKS når det gjelder depresjon. De nye parameterverdiene til "HKS" og "legekontakt" forteller oss at de med HKS, som ikke har vært i kontakt med lege, har en økning på omlag 1,5 poeng på depresjonsindeksen, mens de som ikke har HKS, som har vært i kontakt med lege, har en økning på rundt 2,5 poeng. Effekten av HKS på depresjon er ikke lenger signifikant etter at samspillsleddet ble inkludert. Dette betyr at det ikke er forskjeller i forhold til depresjon hos de med og uten

HKS, som har vært i kontakt med lege færre enn fem ganger de siste 12 månedene. Dette er illustrert i figur 7.3.



Figur 7.3: Skåre på depresjonsindeksen for personer med og uten HKS i forhold til legekontakt. Øvrige variabler er satt til verdien 0.

Figur 7.3 viser det samme mønster som figur 7.2 for angst, men effekten av samspillet mellom ”HKS” og ”depresjon” er sterkere enn effekten av samspillet mellom ”HKS” og ”angst”. Fra tabellen ser vi at de med HKS, som har hatt legekontakt mer enn fem ganger de siste 12 månedene, skårer nesten tre ganger så høyt på depresjonsindeksen som de som skårer nest høyest. Mellom de øvrige gruppene er det kun mindre forskjeller. Dette stemmer med *Modell 3* i tabell 7.3: Det var ingen signifikante forskjeller mellom dem med HKS og dem uten HKS, som hadde færre enn 5 legebesøk de siste 12 månedene. Derimot var effekten på depresjon høy hos de med HKS, som var hyppigere hos lege. Her kan man tenke seg lignende forklaringer som i tilfellet med angst. De med HKS, som har hyppig legekontakt, kan være sykere enn dem som er hos lege sjeldnere, og det kan hende at disse er mer deprimerte som en følge av dette. Sykdommen kan også ha rammet nylig, slik at de som er hyppig hos lege, er i en periode preget av mye usikkerhet. En annen forklaring kan være at disse personene rett og slett er mer deprimerte, og at de er hyppigere hos legen på grunn av dette. Det er vist at depresjon i seg selv kan forårsake HKS, og også at deprimerte har dårligere utfall ved HKS (Rosengren, Wilhelmsen og Orth-Gomér 2004 og Zellweger, Osterwalder, Langewitz og Pfisterer 2004). De som samtidig har HKS og er deprimerte i analysene over, kan derfor være sykere enn de som

ikke er deprimerte eller de kan ha blitt syke som en følge av depresjon. Siden disse analysene er basert på tverrsnittdata, kan de ikke fortelle hvilken vei årsakssammenhengene går. De foreløpige resultatene støtter ikke hypotese 5. Funnene vil bli diskutert nærmere i slutten av kapittelet.

7.2.3 Ordinal regresjon med vurdering av helse som avhengig variabel

I denne analysen undersøkes det om personer som har hyppig kontakt med lege, vurderer helsen sin som bedre eller dårligere enn dem som har sjeldnere kontakt med lege. De samme kontrollvariablene brukes i denne analysen som i de to foregående. For at analysen skal støtte hypotese 5, må de med HKS, som har vært i kontakt med lege mer enn fem ganger de siste 12 månedene, vurdere helsen sin som bedre enn dem som har hatt kontakt med lege mindre enn dette. Samtlige variabler blir presentert i samme modell³⁶ (tabell 7.4).

Ikke-yrkesaktive (referansekategorien) har større sjanse for å vurdere helsen sin som dårlig, enn personer med annen sosioøkonomisk status. Ved siden av referansekategorien er det håndverkere og prosessarbeidere som har minst sannsynlighet for å vurdere helsen sin god. Fra modellen ser man også at det er en signifikant sannsynlighet for at de som er eldre enn 67 år, vurderer helsen til å være i den bedre enden av skalaen, sammenlignet med de i alderen 45 til 67 år. Det er også en signifikant sannsynlighet for at personer med høyere utdanning vurderer helsen sin som bedre enn personer med bare grunnskole. Dette kan henge sammen med det vi så i analysen med angst, hvor de med høy utdanning i mindre grad var plaget. Videre kan vi se at de som lever i parforhold vurderer helsen sin som signifikant bedre enn enslige. I analysene som omhandlet angst og depresjon, var det ingen forskjeller mellom kjønnene. I tabell 7.4 ser vi at menn vurderer helsen sin som signifikant bedre enn det kvinner gjør (selv om forskjellene ikke

³⁶ Kuttunktene i modellen er ”vurdering av egen helse”. De som vurderer helsen sin som *veldig god* har kuttunkt 1, *god* har kuttunkt 2, *verken god eller dårlig* har kuttunkt 3, mens *dårlig* har kuttunkt 4. Vurdering av helsen som *meget dårlig* er ikke her representert med et kuttunkt siden man har ett kuttunkt mindre enn det er verdier i den avhengige variabelen. I tillegg til kuttunktene gir analysen koeffisienter for kontrollvariablene ”HKS” og ”legekontakt”.

er store). Verdiene for *HKS* og *kontakt med lege* er positive. Det betyr at de med HKS og de som har vært i kontakt med lege, har størst sannsynlighet for å vurdere helsen sin som

Tabell 7.4: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurderingen av egen helse og legekontakt hos personer med HKS.

	B	SE(B)
Kuttpunkt 1	-2,4815 **	0,1211
Kuttpunkt 2	0,0693	0,1123
Kuttpunkt 3	1,6259 **	0,1203
Kuttpunkt 4	3,5449 **	0,1672
HKS	1,1883 **	0,1246
Kontakt med lege	1,5247 **	0,0884
Mann	-0,1754 *	0,0704
lever med partner	-0,2409 **	0,0761
Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige m/ større firma	-1,2745 **	0,1208
Andre i yrker m/ kort høyere utdanning	-1,3240 **	0,1290
Funksjonærer på mellomnivå	-1,2690 **	0,1248
Selvstendige m/ mindre firma	-1,2058 **	0,1807
Håndverkere og prosessarbeidere	-1,0053 **	0,1520
Andre ansatte	-1,2796 **	0,1879
Kort deltids-arbeidende	-1,1276 **	0,2656
68 år og eldre	-0,6035 **	0,0961
Videregående utdanning	-0,3425 **	0,0821
Høyere utdanning	-0,9363 **	0,1084
p < 0,05*	Endring -2LL = 1005,847** df=14	
p < 0,01**	n = 3385	

Referansekategorier: HKS: Ikke HKS, Kontakt med lege: Ikke kontakt med lege, Mann: Kvinne Sosioøkonomisk status: Ikke-yrkesaktive, Alder: 45 til 67 år, Utdanning: Grunnskole, Lever med partner: Enslig.

dårlig, sammenlignet med dem uten HKS og dem som har vært i kontakt med lege færre enn fem ganger de siste 12 månedene - altså den samme tendensen som vi så for angst og depresjon i de to foregående analysene. For å finne ut hva de forskjellige skårer på vurdering av egen helse presenteres resultatene av tabell 7.4 som sannsynligheter³⁷.

Trenden fra de to foregående analysene går igjen i tabell 7.5, og de samme årsaksforklaringene kan benyttes på resultatene i denne analysen. I denne tabellen er det tatt utgangspunkt i ikke-yrkesaktive enslige menn i alderen 45 til 67 år med grunnskoleutdanning³⁸. Tabellen viser at gruppen med HKS, som har hatt hyppig

³⁷ For å beregne sannsynligheten for å vurdere helsen sin som *meget god* bruker vi kuttpunkt 1, for å beregne sannsynligheten for å vurdere helsen sin som *god* brukes kuttpunkt 2 osv.

³⁸ Dette er en ekstrem gruppe, men jeg har også regnet ut for andre grupper for å kontrollere mønstrene i tabellen. Benyttes andre referansekategorier, forandrer tallene seg, men vi vil se de samme mønstrene på vurdering av helse ut fra legekontakt og HKS. Benytter man for eksempel av referansekategorien "ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma" på *sosioøkonomisk status*, eller de med høyere

legekontakt i løpet av de siste 12 månedene, har lavest sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *meget god*. Sammenligner man HKS-syke med hyppig legekontakt med dem som sjelden har legekontakt, ser vi at det er litt flere som vurderer helsen sin som *meget god* i sistnevnte gruppe. Den største forskjellen finner man når det gjelder å vurdere helsen sin som *god*. Menn med HKS, som har hatt sjelden kontakt med lege, har større sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *god*, enn menn med HKS, som har hyppig kontakt med lege. Sannsynligheten for å vurdere helsen sin som *dårlig* er større for menn med HKS, som har hatt hyppig kontakt med lege, enn den er for menn med HKS, som har hatt sjelden kontakt med lege.

Tabell 7.5: Menns vurdering av egen helse ut fra HKS og legekontakt. Sannsynligheter oppgitt i prosent (øvrige variabler satt til 0). Færre enn 5 kontakter de siste 12 måneder betegnes som "sjelden legekontakt", mens flere enn 5 kontakter siste 12 måneder betegnes som "hyppig legekontakt".

	Ikke HKS, sjelden legekontakt	HKS, sjelden legekontakt	Ikke HKS, hyppig legekontakt	HKS, hyppig legekontakt
Meget god	9,1	2,6	3,7	0,6
God	47,0	23,1	29,4	6,4
Verken god eller dårlig	9,3	36,4	20,8	19,3
Dårlig	5,6	29,6	7,3	44,6
Meget dårlig	0,9	8,2	1,3	29,1

Analysen av *angst*, *depresjon* og *vurdering av egen helse* peker i samme retning. Konklusjonen er at de med HKS som har hatt hyppig legekontakt i løpet av de siste 12 månedene, har mer angst, i større grad er deprimerte og vurderer helsen sin som dårligere enn dem som har hatt sjeldnere legekontakt. Disse funnene støtter ikke hypotese 5.

7.3 Diskusjon

I hypotese 4 skulle jeg undersøke sammenhengen mellom HKS og legekontakt ut fra kjønn. Tidligere forskning har vist at menn har mindre legekontakt enn kvinner, og at denne ulikheten skyldes ulike rolleforventninger til menn og kvinner. Ved å nekte å innrømme smerte, fremstå som sterke og ikke å spørre om hjelp kan menn konstruere kjønn. Ved HKS er det en stor fare forbundet med å ikke søke behandling tidsnok. Hypotesen var at menn med HKS hadde mindre legekontakt enn kvinner med HKS. Hypotesen fikk støtte, men årsaker til at det forholder seg på denne måten vil ikke bli

utdannelse på *utdannelse*, vil man se at det er en større sannsynlighet for at disse vil vurdere helsen sin som bedre enn de som ikke er yrkesaktive og har lav utdannelse.

videre diskutert her. Leseren henvises til seksjon 3.2, ”bruk av helsetjenester og oppfølging av egen sykdom”.

Videre så vi i analysen av hypotese 4 at sannsynlighet for å være i hyppig kontakt med lege var mindre for dem med høyere utdanning enn for dem med lavere. En forklaring kan være at det er lettere for førstnevnte gruppe å tolke informasjon om egen sykdom, og at denne derfor føler mindre usikkerhet rundt egen situasjon. Man har kanskje også lettere for å orientere seg og tilegne seg kunnskaper på egenhånd hvis man har høy utdanning. De som lever i parforhold hadde også mindre sannsynlighet for å være i hyppig kontakt med lege. Dette kan kanskje sees i sammenheng med analysene som viste at de som levde i parforhold, var mindre plaget av angst og depresjon enn de enslige. Videre hadde ikke-yrkesaktive større sannsynlighet for å være hyppig i kontakt med lege. Som nevnt tidligere, har rundt halvparten i denne gruppen sykdom eller lidelse av varig karakter. I tillegg består en stor del av denne gruppen av eldre over pensjonsalder. Dette kan være forklaringen på at denne gruppen er hyppigere hos lege enn referansegruppen.

Med utgangspunkt i hypotese 5 ble det undersøkt om hyppig legekontakt hadde sammenheng med livskvalitet. Livskvalitet ble undersøkt med utgangspunkt variabelen *egenvurdert helse* og de to indeksene *angst* og *depresjon*. I begge analysene så man de samme tendensene. De med HKS, som hadde hyppig kontakt med lege de siste 12 månedene, hadde mer angst og depresjon enn dem som hadde sjeldnere kontakt. I tillegg så vi at de med HKS, som hadde hyppig kontakt med lege, vurderte helsen sin som dårligere enn dem med HKS, som hadde sjeldnere kontakt med lege. Det kan være flere årsaker til at det er slik. Det kan hende at grupper med hyppig legekontakt består av mange personer som har blitt nylig rammet av HKS, og at disse i større grad er plaget av angst og depresjon og vurderer helsen sin som dårligere enn dem som har hatt diagnosen en stund og av den grunn har sjeldnere legekontakt. Som vi så fra noen av de kvalitative undersøkelsene referert til i kapittel 2, er det slik at den første perioden etter at sykdommen hadde rammet var preget av mye usikkerhet og angst. Samtidig var det slik at de som hadde vært syke en stund, opplevde større trygghet i forhold til egen situasjon. Tryggheten kom gjerne som et resultat av kunnskap ervervet gjennom informasjon fra lege og annet helsepersonell, og gjennom å ha snakket med andre i samme situasjon. Det

er også naturlig å tenke seg at de som nylig har fått HKS, føler seg sykere enn de som har hatt sykdommen en stund, rett og slett fordi de er sykere. En annen forklaring kan være at de som er hyppigst i kontakt med lege, er de som er mest plaget med angst og depresjon og føler seg dårligst.

Mine undersøkelser er basert på tverrsnittdata. Slike data kan ikke benyttes for undersøke forandring. Jeg kan slå fast at personer med en HKS-diagnose og som har hatt hyppig kontakt med lege de siste 12 månedene, skårer høyere på angst og depresjon og vurderer helsen sin som dårligere enn HKS-syke som ikke har hatt den samme legekontakten de siste 12 månedene. Jeg kan imidlertid ikke undersøke betydningen av legekontakt for livskvaliteten på sikt. En mulig forklaring på mine funn kan være at personer som ikke har vært i kontakt med lege de siste 12 månedene, tidligere har hatt hyppig legekontakt hvor de har fått økt kunnskap om egen situasjon, og at denne har hatt positiv innvirkning på angst og depresjon, og derigjennom vurdering av egen helse. Mine analyser og funn gir ikke støtte til hypotese 5.

Videre ser vi at kjønn i liten grad påvirker livskvalitet, men at levekår gjør det. Enslige, personer med lav utdanning og ikke-yrkesaktive kommer dårligst ut i forhold til livskvalitet når de andre variablene kontrolleres for. Disse har mer angst og depresjon og vurderer helsen sin som jevnt over dårligere. Jeg har allerede diskutert årsaker til at det forholder seg slik og vil ikke gjenta dette her. Fra det jeg har vist tidligere om sammenheng mellom depresjon og utfall av HKS, viser resultatene av analysene at denne gruppen er ekstra utsatt for dårlig utfall av HKS.

8 Arbeid, samliv og livskvalitet hos menn med HKS

I dette kapitlet undersøkes det om menn med HKS arbeider i like stor grad som menn uten HKS (hypotese 6), og om menn med HKS, som lever i parforhold, jobber mer enn enslige menn (hypotese 7). ”Har utført inntektsgivende arbeid siste uke” benyttes som avhengig variabel. Denne er dikotom med verdien 0 for å ikke ha utført inntektsgivende arbeid siste uke, og verdien 1 for å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke. Analysene er foretatt kun blant dem som oppgir å være sysselsatte, det vil si i arbeid uavhengig av arbeidstid eller tilknytningsform til arbeidet. Jeg får ikke undersøkt dem som har sluttet i jobben sin som direkte følge av sykdommen, men jeg får undersøkt om menn med HKS som jobber, var på jobb siste uke før intervjuet, sammenlignet med menn uten HKS. Hypotesene undersøkes ved hjelp av logistisk regresjon, og resultatene presenteres i samme modell. Analysen blir presentert i seksjon 8.2.2, tabell 8.4.

Videre undersøkes det om menn med HKS, som var på arbeid siste uke, har bedre livskvalitet enn menn med HKS, som ikke var i arbeid (hypotese 8). Til denne analysen benyttes den uavhengige variabelen ”sysselsatt”. Analysen er foretatt blant menn i alderen 45 til 67 år. Livskvalitet måles ved hjelp av ”angst”, ”depresjon” og ”vurdering av egen helse”, som vist tidligere.

8.1 Analyse av HKS og grad av arbeid

Her analyseres sammenhengen mellom HKS og arbeidsaktivitet. Først presenteres en krysstabell for å se hvordan HKS påvirker ulike sider av arbeid, og deretter foretas en logistisk regresjon hvor flere variabler tas med.

I levekårsundersøkelsen ble de som svarte på postalt skjema, bedt om å svare på flere spørsmål omkring arbeid på generell basis og hvorvidt de får utført det arbeidet de ønsket eller ikke, og om arbeidet var problematisk i forhold til deres fysiske helse. Krysstabellen (tabell 8.1) tar utgangspunkt i yrkesaktive menn i alderen 45 år og eldre, med og uten HKS. Yrkesaktivitetsvariabelen er en dummyvariabel som er laget ved å gi dem som er sysselsatt, verdien 1.

Tabell 8.1: Krysstabell over utført arbeid blant sysselsatte menn fra 45 år (postalt skjema). Prosent.

	Med HKS	Uten HKS	N
Redusert tiden brukt på arbeid **	30,4	11,9	450
Utrettet mindre enn ønsket **	52,2	19,5	448
Hindret i å utføre visse typer arbeid **	39,1	16,2	444
Problemer med å gjennomføre arbeidet **	39,1	13,8	449

**** P < 0,01**

Resultatene i tabellen gjelder inntektsgivende arbeid så vel som arbeid generelt og daglige gjøremål. Dermed gir ikke denne krysstabellen svar på om de med HKS reduserer tiden brukt på inntektsgivende arbeid. Det vil jeg komme tilbake til i analysen under. Likevel kan tallene gi en pekepinn på tendenser hos menn med HKS.

Yrkesaktive HKS-rammede menn, 45 år og eldre, oppgir i større grad enn menn fra den tilsvarende gruppen uten HKS at de har redusert tiden de bruker på arbeid. Differansen er 19 prosentpoeng. Menn med HKS svarer i større grad enn menn uten HKS at de har utrettet mindre enn ønsket. Differansen er 33 prosentpoeng. Menn med HKS er i større grad enn menn uten HKS hindret i å utføre visse typer arbeid. Forskjellen er 23 prosentpoeng. Svarene på spørsmålet om man har problemer med å gjennomføre arbeidet, avslører en prosentdifferanse på 25 prosentpoeng. Analysene er foretatt med bakgrunn i datamateriale om menn som oppgir å være sysselsatte. Vi får som sagt ingen indikasjon på om det er mange menn som slutter å arbeide eller reduserer arbeidstiden når de får HKS. Likevel viser analysene at menn med HKS, som er i arbeid, ikke jobber like mye og hardt som menn uten HKS.

Under følger en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke hypotese 6 og 7. Analysen er foretatt blant personer i alderen 45 år og eldre som oppgir å være sysselsatt. Blant disse oppgir alle å ha vanlig arbeidstid minst to timer per uke. For å regnes som yrkesaktiv må man være i inntektsgivende arbeid minimum én time per uke. Det betyr at alle i denne analysen kan betegnes som sysselsatte, så sant de ikke har vært fraværende.

Avhengig variabel i denne analysen er "utført inntektsgivende arbeid forrige uke". Dataene jeg har er tverrsnittdata. Med disse kan jeg ikke finne ut om personer med HKS i større eller mindre grad fortsetter å jobbe eller slutter helt som en følge av at de har blitt

syke eller lever i parforhold. Fra krysstabellen foretatt på delutvalget³⁹ (tabell 8.1), kunne vi se at sysselsatte med HKS blant annet oppga å ha redusert tiden brukt på arbeid, utrettet mindre enn ønsket og vært forhindret fra å utføre visse typer arbeid. I den følgende analysen vil jeg undersøke i hvilken grad sysselsatte med HKS er mer borte fra arbeidet enn sysselsatte uten HKS, og hvordan dette eventuelt varierer med bestemte variabler.

8.1.2 Logistisk regresjon av arbeidsgrad ut fra HKS og parforhold

Analysen gjennomføres i fire trinn. I den første modellen undersøkes effekten av HKS. HKS er en dikotom variabel og brukes for å undersøke om HKS påvirker det å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke. Den tolkes som en test av hypotese 6. For at hypotese 6 skal få støtte, må denne variabelen ha en ikke-signifikant sammenheng med sannsynligheten for å ha utført inntektsgivende arbeid. Det vil si at de med HKS jobber like mye som de uten HKS.

Hypotese 7 ble formulert som en antagelse om at det å være gift eller samboende fører til at menn med HKS i større grad arbeider. I *Modell 2* inkluderes parforhold for å undersøke om det å være gift eller samboende øker sannsynligheten for å ha utført inntektsgivende arbeid. Denne variabelen er dikotom med verdiene *enslig* og *gift eller samboende*. For at hypotese 7 skal få støtte, må sammenhengen mellom ”parforhold” og ”utført inntektsgivende arbeid” være positiv og signifikant.

Kontrollvariablene inkluderes i *Modell 3*. I denne analysen er de *utdannelse* og *sosioøkonomisk status*. Siden analysen kun er gjort på menn eldre enn 45 år, tas verken kjønn eller alder med.

I *Modell 4* inkluderes et samspillsledd mellom ”HKS” og ”parforhold”. Samspillet tester om det å leve i parforhold fører til at de med HKS jobber mer. Hvis analysen skal støtte antagelsen, må samspillkoeffisienten som angir ”HKS” og ”parforhold”, være positiv og signifikant. Tabell 8.2 viser logistisk regresjon hvor disse modellene er benyttet.

³⁹ Det er delutvalget som har svart på disse spørsmålene i postalt skjema.

Tabell 8.2: Logistisk regresjon. Analyse av sammenheng mellom HKS og parforhold og sannsynlighet for å ha utført inntektsgivende arbeid (utført inntektsgivende arbeid siste uke = 1/ har ikke utført inntektsgivende arbeid siste uke = 0).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	-1,121602 *	0,4629	-1,1390 *	0,4638	-1,0832 *	0,4795	-1,9250	1,2025
Lever med partner			0,3181	0,3815	0,3253	0,3876	0,2477	0,4087
Videregående utdanning					-0,4506	0,4639	-0,4314	0,4646
Høyere utdanning					-0,6218	0,5915	-0,6262	0,5923
Yrke med kort høyere utdanning					-0,4041	0,5269	-0,4105	0,5279
Funksjonærer på mellomnivå					-0,4825	0,7179	-0,4744	0,7206
Selvstendige med mindre firma					-0,9047	0,6164	-0,9108	0,6186
Håndverkere og prosessarbeidere					-1,7221 **	0,4911	-1,7552 **	0,4954
Andre ansatte					-1,1489	0,7312	-1,1870	0,7341
Kort deltids- arbeidende					-2,1514 **	0,7447	-2,1870 **	0,7455
HKS*partner							0,9696	1,3163
Konstant	3,0910 **	0,1559	2,8264 **	0,3466	4,0989 **	0,6787	4,1688 **	0,6910
p < 0,05*	-2LL=390,189		-2LL=389,534		-2LL=368,166		-2LL=367,680	
p < 0,01**	n=1043		n=1043		n=1043		n=1043	

Referansekategori: Utdannelse: Grunnskoleutdanning, Sosioøkonomisk status: Ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma, HKS: Ikke HKS, Lever med partner: Lever ikke med partner.

Fra *Modell 1* ser man en negativ og signifikant sammenheng mellom *HKS* og *utført inntektsgivende arbeid siste uke* blant de sysselsatte. Det er altså mindre sannsynlig at sysselsatte menn med HKS har utført inntektsgivende arbeid siste uke, enn at sysselsatte menn uten HKS har gjort det. Resultatet gir ikke støtte til hypotese 6. Jeg vil komme tilbake til det i seksjon 6.3.

Fra *Modell 2* ser vi at det er en positiv sammenheng mellom parforhold og det å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke for sysselsatte, men at den ikke er signifikant. Alene gir dette ikke støtte til hypotese 7. I hypotese 7 lå det imidlertid også en antagelse om at å leve i parforhold var av større betydning for menn med HKS, i forhold til arbeid, enn for menn med HKS som ikke lever i parforhold. Et samspillsledd mellom *HKS* og *parforhold* ble derfor inkludert i *Modell 4*. Samspillsleddet viser at det ikke er noen signifikante sammenhenger. Hypotese 7 får dermed ikke støtte.

I *Modell 3* er kontrollvariablene inkludert. Fra denne modellen ser vi at effekten av HKS på utført inntektsgivende arbeid siste uke har sunket lite, og få av kontrollvariablene har signifikante verdier. Utdannelse har ingen signifikant sammenheng med å ha *utført inntektsgivende arbeid siste uke* for de sysselsatte. Derimot er det forskjell mellom

grupper med ulik sosioøkonomisk status⁴⁰. Referansegruppen er ledere, høyere funksjonærer og selvstendige med større firma. I forhold til referansegruppen har samtlige grupper mindre sannsynlighet for å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke, men det er kun i to grupper vi finner signifikante forskjeller. Det er en negativ og signifikant sammenheng mellom det å være håndverker eller prosessarbeider og det å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke. Sannsynligheten er mindre for at de som jobber i manuelle yrker har utført inntektsgivende arbeid, i forhold til referansegruppen. Manuelle yrker er ofte mer fysisk krevende enn administrative, og det kan derfor være vanskeligere for arbeidstakere i denne typen yrker å gjennomføre en arbeidsdag hvis de er syke eller lider av en skade. Slike arbeidstakere er dessuten i større grad utsatt for skader og ulykker, slik at fravær fra jobb kan skyldes dette. Sannsynligheten for at kort- og deltidsarbeidende, sammenlignet med referansegruppen, har utført inntektsgivende arbeid er enda mindre. Årsaken til at disse er kort- og deltidsarbeidende kan være at de i utgangspunktet er ved dårligere helse enn de fulltidsansatte.

8.1.2.1 Prediksjon av sannsynlighetene og tolkning av hypotesene

For å kunne tolke resultatene er det nødvendig å predikere sannsynlighetene. Hypotese 6 var en antagelse om at menn med HKS arbeidet i samme grad som menn uten HKS. Analysen støttet ikke hypotesen. Tvert imot viste analysen en signifikant mindre sannsynlighet for at sysselsatte med HKS hadde utført inntektsgivende arbeid, enn for at sysselsatte uten HKS hadde gjort det. Når resultatene fra *Modell 3* regnes om til sannsynligheter, ser man imidlertid at forskjellene mellom menn med og uten HKS er forholdsvis små. Sysselsatte menn med HKS har sannsynlighet på 97 % for å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke, mens for sysselsatte menn uten HKS er sannsynligheten 99 %. Forskjellen er altså bare 2 prosentpoeng. Selv om analysen viser at det er signifikante forskjeller mellom sysselsatte med og uten HKS, er forskjellen forholdsvis liten.

I *Modell 4* ble det undersøkt om menn med HKS, som lever i parforhold, i større grad enn menn med HKS, som ikke lever i parforhold, var i arbeid. Tidligere ble det konkludert med at *Modell 4* ikke støttet antagelsen om at HKS-syke menn som levde i parforhold

⁴⁰ Ikke-yrkesaktive er ikke inkludert her (siden bare de som oppgir å være sysselsatte er tatt med).

jobbet mer enn HKS-syke enslige menn. Siden koeffisienten ikke er signifikant kan forskjellene like gjerne skyldes tilfeldigheter, og jeg vil derfor unnlate å fremstille resultatene her. Mulige forklaringer på at hypotesen ikke fikk støtte vil diskuteres i seksjon 8.3.

8.2 Analyse av sammenheng mellom HKS og sysselsetting på livskvalitet

Her skal sammenhengen mellom HKS, sysselsetting og livskvalitet undersøkes. Analysen blir foretatt med utgangspunkt i datamaterialet som foreligger om menn mellom 45 og 67 år (under pensjonsalder). Livskvalitet blir målt gjennom grad av depresjon og angst, og vurdering av egen helse (vist tidligere). Kontrollvariablene i analysene er *utdannelse* og *hvorvidt man lever med partner eller ikke*. Alder er ikke med som kontrollvariabel da det kun er de i alderen 45 til 67 år som er med. Sosioøkonomisk status er heller ikke med, da variabelen passer perfekt med sysselsetting, slik at sysselsettingvariabelen forsvinner fra analysen når sosioøkonomisk status tas inn. Fremdriften i analysen blir beskrevet forut for gjennomføringen.

8.2.1 Lineær regresjon med angst som avhengig variabel

For å måle sammenhengen mellom angst og sysselsetting hos menn med HKS benyttes lineær regresjon. Kvinner og de under 45 år og over 67 år tas ikke med i analysen. Analysen vil dermed estimere relative forskjeller i angst hos ulike grupper menn i alderen 45 til og med 67 år.

I *Modell 1* inkluderes variablene for HKS og sysselsetting, mens kontrollvariablene inkluderes i *Modell 2*. Disse modellene vil gi oss svar på hvordan forholdet er mellom ”angst” og ”HKS” og mellom ”angst” og ”sysselsetting”. I *Modell 3* inkluderes et samspilledd mellom ”HKS” og ”sysselsetting”, med den hensikt å undersøke om sysselsetting har større betydning for livskvalitet for personer med HKS enn for personer uten. For å få støtte til hypotese 8 må denne sammenhengen være negativ og signifikant. Resultatet fra lineær regresjon hvor disse modellene inngår er presentert i tabell 8.3.

Tabell 8.3: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom angst og sysselsetting hos menn med HKS.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	1,4470 *	0,5603	1,4055 *	1,0587	0,8631	0,8631
Sysselsatt	-2,5582 **	0,3632	-2,2397 **	-2,3074	0,4011 **	0,4011
Videregående utdanning			-0,3810	0,4383	-0,3761	0,4387
Høyere utdanning			-0,7911	0,4862	-0,7871	0,4866
Lever med partner			-0,9073 *	0,4275	-0,9162 *	-0,0899
HKS*sysselsatt					0,5968	1,1325
Konstant	4,3599 **	0,3316	5,3361 **	0,5547	5,3949 **	0,5662
p < 0,05*	F=32,188**		F=14,516**		F=12,127**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,104 n=539		R ² _(justert) =0,112 n=539		R ² _(justert) =0,110 n=539	

Referanse kategorier: HKS: ikke HKS, sysselsatt: ikke sysselsatt, utdanning: grunnskole, lever med partner: lever ikke med partner.

Modell 1 viser, som tidligere analyser, at gruppen med HKS har flere symptomer på angst enn gruppen uten. I tillegg viser den en negativ og signifikant sammenheng mellom sysselsetting og angst. Dette betyr at sysselsatte i alderen 45 til 67 år med HKS, skårer lavere på angstindeksen enn ikke-sysselsatte med HKS, i samme alder. Sysselsatte har altså mindre angst enn ikke-sysselsatte. Årsaken kan være at sysselsatte jevnt over er friskere enn ikke-sysselsatte, men man kan også tenke seg at sysselsatte med HKS er friskere enn ikke-sysselsatte med HKS, eller at de er på et annet stadium i sykdommen. Det er også naturlig å tenke seg at det å være sysselsatt gir en sikkerhet som fører til mindre angst. Likevel kan det ikke utelukkes (siden dette er tverrsnittdata) at angst for enkelte er direkte årsak til at de ikke er i arbeid. Man kan med andre ord ikke vite hvilken vei årsaksretningen går.

Modell 2 viser at "HKS" og "sysselsetting" har en signifikant effekt på "angst" også når de andre variablene kontrolleres for. Utdanning har ingen effekt på angst i denne analysen. I de tidligere analysene med angst ble det ikke kontrollert for sysselsetting. Kanskje er det derfor utdanning ikke gir signifikant utslag på angst i denne analysen. Videre finner jeg her, som i tidligere analyser, at det er en negativ og signifikant sammenheng mellom angst og det å leve i parforhold. Menn i alderen 45 til 67 år, som lever med partner, har mindre angst enn enslige menn i samme aldersgruppe.

I *Modell 3* ble det undersøkt om det å være sysselsatt var av særlig betydning for dem med HKS. Et samspillsledd mellom ”HKS” og ”sysselsetting” ble derfor lagt til. *Modell 3* viser at sysselsatte med HKS har *mer* angst enn de med HKS som ikke er sysselsatte, men at denne sammenhengen ikke er signifikant og dermed ikke generaliserbar. Hypotese 8 støttes ikke av funnene i denne analysen.

8.2.2 Lineær regresjon med depresjon som avhengig variabel

Analysen med ”depresjon” som avhengig variabel følger samme mønster som forrige analyse, og samme kontrollvariablene brukes. I første trinn inkluderes HKS og sysselsetting, mens kontrollvariablene inkluderes i andre trinn. I siste trinn tas samspill mellom ”HKS” og ”sysselsetting” med for å undersøke om sysselsetting har større betydning for menn med HKS når det gjelder depresjon. For at analysen skal gi støtte til hypotese 8, må sammenhengen være negativ og signifikant. Den lineære regresjonen hvor disse modellene inngår presenteres i tabell 8.4.

Tabell 8.4: Lineær regresjon. Analyse av sammenheng mellom depresjon og sysselsetting hos menn med HKS.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	SE(B)	B	SE(B)	B	SE(B)
HKS	2,9328 **	0,9073	2,8659 **	0,9036	2,5094	1,3956
Sysselsatt	-3,9814 **	0,5843	-3,5037 **	0,6165	-3,5729 **	0,6507
Videregående utdanning			-0,0683	0,7242	-0,0618	0,7251
Høyere utdanning			-0,3005	0,8022	-0,2950	0,8030
Lever med partner			-1,9023 **	0,6967	-1,9098 **	0,6977
HKS*sysselsatt					0,6148	1,8330
Konstant	7,2319 **	0,5321	8,6190 **	0,9025	8,6762 **	0,9192
p < 0,05**	F=33,034**		F=14,892**		F=12,408**	
p < 0,01**	R ² _(justert) =0,107 n=538		R ² _(justert) =0,115 n=538		R ² _(justert) =0,113 n=538	

Referanse kategorier: HKS: ikke HKS, sysselsatt: ikke sysselsatt, utdanning: grunnskole, lever med partner: lever ikke med partner.

Menn med HKS, i alderen 45 til 67, år er i større grad deprimerte enn menn i samme aldersgruppe, som ikke har HKS (kontrollert for sysselsetting, *Modell 1*). Sysselsatte er signifikant mindre deprimerte enn ikke-sysselsatte. Sammenligner vi sysselsatte menn med HKS med ikke-sysselsatte menn med HKS, ser vi at de sysselsatte skårer lavere på

depresjonsindeksen enn de ikke-sysselsatte. Sysselsatte menn med HKS er altså mindre deprimerte enn menn med HKS, som ikke er sysselsatte.

Effekten av HKS og sysselsetting på depresjon forandrer seg lite fra *Modell 1* til *Modell 2*. Når det gjelder grad av depresjon er det ikke signifikante forskjeller mellom grupper med ulikt utdanningsnivå. Det å leve med partner har, som vi har sett tidligere, negativ og signifikant sammenheng med depresjon. De som lever i parforhold, er med andre ord i mindre grad deprimerte enn enslige.

Med samspillsleddet i *Modell 3* ønsket jeg å finne ut om sysselsetting virker mer positivt på depresjon for dem med HKS enn for dem uten. Som vi ser fra samspillsleddet, peker denne i retning av at sysselsatte menn med HKS er mer deprimerte enn menn med HKS, som ikke er sysselsatte. Sammenhengen er imidlertid ikke signifikant, og hypotese 8 støttes derfor ikke av funnene i analysen.

8.2.3 Ordinal regresjon med vurdering av egen helse som avhengig variabel

I denne analysen er formålet å finne ut om menn med HKS, som er i arbeid, vurderer helsen sin som bedre eller dårligere enn HKS-syke menn som ikke er i arbeid. I likhet med i de to foregående analysene består utvalget av menn i alderen 45 til 67 år. For at analysen skal støtte hypotese 8, må de med HKS, som er sysselsatt, vurdere helsen sin som bedre enn dem med HKS, som ikke er sysselsatt. Kontrollvariablene som benyttes i analysen, er "utdannelse" og "parforhold". Uavhengige variabler er "HKS" og "sysselsetting". I tillegg inkluderes et samspillsledd mellom HKS og sysselsetting på "vurdering av egen helse". Dette gjøres for å undersøke om arbeid er av større betydning for dem med HKS, på egen helsevurdering, enn for dem uten. Samtlige variabler blir presentert i tabell 8.5⁴¹.

⁴¹ Kuttunktene i modellen er "vurdering av egen helse". Å vurdere helsen sin som *velldig god*, har kuttunkt 1, *god* har kuttunkt 2, *verken god eller dårlig* har kuttunkt 3, mens *dårlig* har kuttunkt 4. Vurdering av helsen som *meget dårlig* er ikke representert med kuttunkt siden det er ett kuttunkt mindre enn det er verdier i den avhengige variabelen.

Tabell 8.5: Ordinal regresjon. Analyse av sammenheng mellom vurdering av egen helse og sysselsetting hos personer med HKS.

	B	SE(B)
Kuttpunkt 1	-2,7158 **	0,2041
Kuttpunkt 2	-0,0934	0,1850
Kuttpunkt 3	1,3687 **	0,2001
Kuttpunkt 4	3,2592 **	0,3081
HKS	1,0701 **	0,3447
Sysselsatt	-1,5153 **	0,1499
Videregående utdanning	-0,1658	0,1494
Høyere utdanning	-0,8503 **	0,1712
Parforhold	-0,2881 *	0,1411
Sysselsatt*HKS	1,0449 **	0,4440
p< 0,05*	Endring -2LL = 249,537** df=6	
p< 0,01**	n = 1278	

Referansekategorier: HKS: ikke HKS, sysselsatt: ikke yrkesaktiv, utdanning: grunnskoleutdanning, parforhold: lever ikke med partner.

Fra tabellen ser vi at sannsynligheten for at de med høyere utdanning vurderer helsen sin som *god* eller bedre⁴², er signifikant. Utdanning kan, som forklart tidligere, påvirke en persons status, inntekt og arbeidsforhold. Dette kan i sin tur ha betydning for hvordan egen helse vurderes. I denne analysen har jeg ikke kontrollert for sosioøkonomisk status (av tidligere nevnte grunner), og man kan derfor regne med at de med høy utdanning har godt betalt arbeid uten direkte krav om fysiske anstrengelser, noe som ofte medfører høyere sosioøkonomisk status. Med skrantende helse er det kanskje lettere å føle mestring i denne type yrke enn i manuelle. Også de som lever i parforhold og de som er sysselsatte vurderer helsen sin som *god* eller bedre. Mulige årsaker til dette er nevnt tidligere. De med HKS har en signifikant høyere sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *dårlig*. I tillegg er samspillsleddet til sysselsetting og HKS signifikant. For å finne ut hva de ulike gruppene skårer på vurdering av egen helse regnes resultatene av tabell 8.5 om til sannsynligheter⁴³.

⁴² Ut fra kuttpunktene fortegn betyr positiv koeffisient i denne modellen mindre sjanse for å havne i enden av skalaen som vurderer helsen sin som god. Negativ koeffisient betyr større sjanse for å havne i enden av skalaen som vurderer helsen sin som god.

⁴³ For å beregne sannsynligheten for å havne i gruppen som vurderer helsen sin som meget god bruker vi kuttpunkt 1, for å havne i gruppen som vurderer helsen sin som god bruker vi kuttpunkt 2 osv.

Tabell 8.6: Menns vurdering av egen helse ut fra HKS og sysselsetting, alder 45 til 67 år. Sannsynligheter oppgitt i prosenter.

	HKS, sysselsatt	HKS, ikke sysselsatt	Ikke HKS, sysselsatt	Ikke HKS, ikke sysselsatt
Veldig god	36,0	2,2	23,1	6,2
God	52,6	21,6	57,4	41,5
Verken god eller dårlig	8,5	33,6	14,1	32,1
Dårlig	2,5	32,5	4,5	16,6
Veldig dårlig	0,4	10,1	0,8	3,7

Trenden fra de to foregående analysene viser seg også her. Menn med HKS, som jobber, har større sannsynlighet for å vurdere helsen sin som god, enn menn med HKS, som ikke jobber. Det hele 34 prosentpoeng større sannsynlighet for at sysselsatte med HKS vurderer helsen sin som *veldig god* enn for at ikke-sysselsatte gjør det samme. Når det gjelder å vurdere helsen sin som *god* er det samme forholdet på 31 prosentpoeng. Det som kanskje er mest interessant, er forskjellen mellom sysselsatte med og uten HKS. På grunn av samspillsleddet er det blant sysselsatte med HKS 13 prosentpoeng større sannsynlighet for å vurdere helsen sin som *meget god*, enn blant sysselsatte uten HKS. Når det gjelder å vurdere helsen sin som *god*, *verken god eller dårlig*, *dårlig* og *veldig dårlig* er forholdet mellom disse gruppene imidlertid likt. Dette kan virke noe overraskende, men en forklaring kan være at sysselsatte med HKS sammenligner helsen sin med hvordan den var da de nylig hadde blitt syke med HKS.

Analysene av innvirkning av sysselsetting og HKS på angst, depresjon og vurdering av egen helse peker i ulike retninger. De med HKS, som var sysselsatte, hadde mer angst og var mer deprimert enn dem med HKS, som ikke var sysselsatte. Sammenhengene var imidlertid ikke signifikante og dermed ikke generaliserbare. De støtter ikke hypotese 8. I analysen av egenvurdert helse, så vi at sysselsatte med HKS vurderte helsen sin som bedre enn dem med HKS, som ikke var sysselsatt. Dette støtter hypotese 8.

8.3 Diskusjon

Analysen av hypotese 6 gav ikke hypotesen støtte. Sannsynligheten for å ha utført inntektsgivende arbeid siste uke var mindre for sysselsatte menn med HKS enn for sysselsatte menn uten, men forskjellen var ikke stor; bare 2 prosentpoeng. Analysen sier imidlertid ikke noe om hvor mange arbeidstimer de ulike gruppene har per uke. Siden analysene mine bygger på tverrsnittdata, er det ikke mulig å undersøke forandring. Selv

om jeg altså ikke med sikkerhet kan si at redusert sannsynlighet for å ha utført inntektsgivende arbeid skyldes HKS, er det rimelig å anta dette. Som vi så fra krysstabellen (tabell 8.1), rapporterte menn med HKS å ha redusert tiden de brukte på aktivitet og arbeid utenfor arbeidsplassen. Dette forteller ikke om de reduserer arbeidstiden, men det vil være rimelig å anta at sysselsatte menn med HKS arbeider mindre enn sysselsatte menn uten. Et annet spørsmål som kan stilles, men som ikke kan besvares her, er om menn med HKS, for å yte best mulig når de er på jobb, og dermed i størst mulig grad skjule at de er syke, kutter ut arbeidsoppgaver som ikke er knyttet til arbeidet. Siden forskjellen i ”å ha utført inntektsgivende arbeid” er liten samtidig som forskjellen i ”arbeidsoppgaver utenfor jobben” er stor, kan dette være en forklaring. For å kunne besvare dette, kreves videre analyser.

I kapittel 2 forklarte jeg hvordan menns kroppslige beredskap kan påvirke handlingsmønstre. For mange menn viser denne beredskapen seg i rollen som arbeidstager og familieforsørger. Forsørgerrollen vil ofte oppleves sterkere for menn som er gift og/eller samboende, enn for menn som er enslige, siden den inngår som en del av de tradisjonelle kjønnsrollemønstrene. Med bakgrunn i dette undersøkte jeg om gifte og samboende menn med HKS arbeidet i større grad enn enslige menn med HKS. Analysene viser en positiv sammenheng mellom ”parforhold” og ”utført inntektsgivende arbeid”, og en positiv sammenheng mellom samspillsleddet mellom HKS og parforhold på det å ha utført inntektsgivende arbeid. Imidlertid var ingen av sammenhengene signifikante, og analysen gir dermed ikke støtte til hypotesen (hypotese 7). Utvalget av personer med HKS, som er sysselsatte, var forholdsvis lite. Det kan hende at et større utvalg kunne gitt signifikante resultater.

I analysen av hypotese 8 skulle jeg undersøke om de med HKS, som er i arbeid, har bedre livskvalitet enn dem med HKS, som ikke er i arbeid. Analysene ble foretatt med bakgrunn i informasjon som forelå om menn i aldersgruppen 45 til 67 år. Fordi arbeidsplassen for mange menn er primærstedet for bekreftelse av deres maskulinitet, knytter menn en stor del av identiteten sin til arbeidet. Forsvinner muligheten til å arbeide, forsvinner også en viktig del av identiteten. Vi har sett at menn som blir syke, forsøker å dekke over dette ved å fortsette livet som før. Derfor ble det i hypotese 8

inkludert et samspillsledd for å undersøke om det å arbeide har en særlig positiv innvirkning på livskvalitet hos menn med HKS. Fra analysene så vi at hypotesen kun fikk delvis støtte. Analysene peker i retning av at menn med HKS, som jobber, ikke er signifikant forskjellig fra menn med HKS, som ikke jobber, i forhold til angst og depresjon. Samtidig viser de at sysselsatte menn med HKS vurderer helsen sin som bedre enn det ikke-sysselsatte menn med HKS gjør. Det vil si at det å være i arbeid er av særlig betydning for dem med HKS når det gjelder å vurdere helsen sin. En mulig forklaring kan være at menn som er i jobb, er friskere enn dem som ikke er i jobb. Det er også mulig at de som ikke er i jobb, er intervjuet på et tidspunkt hvor de ikke har kommet tilbake til jobb ennå, men at de vil gå tilbake til arbeidet igjen når de er friske nok.

9 Oppsummering og diskusjon

9.1 Teoretisk bakgrunn og funnene fra analysene

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan menn med HKS håndterer sykdommen sin. Jeg ønsket å få svar på om sykdomshåndtering varierer blant menn, hvilke forhold som betinger variasjon i sykdomshåndteringen og hvordan eventuelle variasjoner kan forklares. Det sosiokulturelle synet på sykdomshåndtering i kombinasjon med feministisk teori har utgjort tolkningsrammene. Dette innebærer en forståelse av at sykdomshåndtering er påvirket av sosiale og kulturelle forhold, og at særlig kjønn er en viktig påvirkningsfaktor. Jeg har derfor forsøkt å holde kjønnsperspektivet sentralt gjennom hele oppgaven, og jeg har forsøkt å legge særlig vekt på hvordan kjønn kan komme i konflikt med det å skulle handle i egen beste interesse som syk.

Fra teorien presentert i kapittel 2 kan man få inntrykk av mannen som redd for å virke umandig og for å ikke være mann ”nok”. Vi har sett at måten menn forholder seg til sykdom og helse på, og at menns syn på maskulinitet kan øke risikoen for sykdom. Mye tyder på at det finnes en utpreget mannlig måte å håndtere sykdom på, som er lite heldig for mannen selv. Dette viser seg på særlig tre arenaer; ved sosial kontakt, i arbeidet og ved bruk av helsetjenester.

Tabell 9.1 viser oversikt over hypotesene og hvilke av dem som fikk støtte fra analysene. Flere av hypotesene får støtte eller delvis støtte og bidrar derfor til å underbygge det allerede eksisterende pessimistiske synet på menn og deres sykdomshåndtering. Bildet er likevel ikke entydig. Enkelte av analysene viser at menn handler på måter som er gunstige for helsen. I tillegg varierer menns sykdomshåndtering i forhold til en rekke bakgrunnsvariabler. Det betyr at det finnes kjønnsforskjeller i håndtering av sykdom, men også at det finnes forskjeller innad i kjønnene som gjør at menn og kvinner kan være mer eller mindre like eller ulike avhengig av bakgrunnsvariablene. For eksempel har vi sett at en mann skal være ”tøff”, men det finnes forskjellige måter å være tøff på. Menn kan ha lignende maskuline idealer, men hvordan de handler i forhold til disse idealene kan variere. Dette er i tråd med oppgavens tolkningsrammer (Connell 1987 og 1995, Saltonstall 1995, Sabo og Gordon 1995, Kimmel 2000, Courtenay 2000).

Tabell 9.1: Oversikt over hypotesene og resultater fra analysene.

Hypotese 1	Menn med HKS har svakere sosialt nettverk enn menn uten HKS	Får ikke støtte
Hypotese 2	Menn med HKS snakker i mindre grad med andre om sine helseproblemer enn menn uten HKS.	Får ikke støtte
Hypotese 3	Menn med HKS, som lever uten partner, har dårligere livskvalitet enn menn med HKS, som lever med en partner.	Får støtte
Hypotese 4	Menn med HKS har i mindre enn kvinner med HKS grad kontakt med helsevesenet.	Får støtte
Hypotese 5	Menn og kvinner med HKS, som har lite kontakt med lege og helsevesen, har dårligere livskvalitet enn menn og kvinner med HKS, som har tett kontakt.	Får ikke støtte
Hypotese 6	Sysselsatte menn med HKS jobber i samme grad som sysselsatte menn uten HKS.	Får ikke støtte
Hypotese 7	Menn med HKS, som lever med en partner, arbeider i større grad enn menn med HKS, uten en partner.	Får ikke støtte
Hypotese 8	Menn med HKS, som er sysselsatte, har bedre livskvalitet enn menn med HKS, som ikke er sysselsatte.	Delvis støtte

At bakgrunnsvariabler har betydning, har i denne oppgaven kommet best til syne i forhold til sosioøkonomisk status. Ikke-yrkesaktive kommer dårligst ut i samtlige analyser. Dette har vært forklart med at denne gruppen består av alderspensjonister og hjemmearbeidende hvor halvparten har sykdom eller lidelse av varig karakter. Når det gjelder de andre sosioøkonomiske gruppene, skiller ingen av disse seg ut på noen vesentlig måte i analysene. Utvalget i denne oppgaven er forholdsvis lite. Et større utvalg hadde kanskje gjort det mulig å finne signifikante forskjeller også mellom de øvrige sosioøkonomiske gruppene. En slik forskjell så vi når livskvalitet ble undersøkt ut fra utdanning og parforhold: Høy utdanning og parforhold virket positivt inn på livskvalitet. God livskvalitet kan ikke betegnes som håndtering av sykdom, men er viktig siden det kan påvirke utfall ved HKS i positiv retning.

Noen hypoteser får ikke støtte av analysene. Med utgangspunkt i teorien (kapittel 2) skulle man tro at menn med HKS i mindre grad hadde noen fortrolige, og at de trakk seg unna og ikke snakket med noen om helseproblemene sine (Charmaz 1995, Helgeson 1995, Seidler 1997, Courtenay 2000, Lilleaas 2006). Interessant nok viste det motsatte

seg å være tilfelle. Der man kunne forvente at menn med HKS skulle ha mindre sannsynlighet for å ha noen fortrolige, enn menn uten HKS, var sannsynligheten tvert imot større. Sannsynligheten for at kvinner har noen fortrolige er større enn sannsynligheten for at menn har det, men effekten av sykdommen virket positivt bare på menn. Fra disse analysene ser det dermed ut til at HKS har motsatt effekt på kronisk syke menn, som det teorien sier. Selv om jeg fremdeles ser en kjønnseffekt i forhold til det å ha noen fortrolige, ser jeg at menn ikke trekker seg enda mer tilbake ved sykdom.

Et annet overraskende funn er at syke menn snakker om helsen sin i større grad enn det man har fått inntrykk av. De som benytter seg av *færrest* kanaler for å snakke om egen helse, er menn som ikke har HKS. Også her var det en klar effekt av kjønn og det å snakke om sykdom. På den annen side er det menn med HKS som benytter seg av *flest* kanaler for å snakke om egen helse, både sammenliknet med menn uten HKS og kvinner med og uten HKS.

Hvorfor skiller så funnene fra analysen seg fra teorien på disse områdene? Man skal ikke se bort fra at deler av maskulinitets- og mannsteorien er lite nyansert og fremdeles preget av stereotypier og generaliseringer om menn. Menn er kanskje mer sammensatt enn det mange av teoriene gir inntrykk av. Kvinnens tilstedeværelse (om ikke annet, som usynlige størrelser) når teorier om menn skapes, kan være et problem. Det kan føre til at man fort tenker i baner som *maskulinitet* og *femininitet*, og til at menn tilskrives egenskaper som betraktes som maskuline. Å vise følelser og å snakke om sine problemer forbindes gjerne med noe kvinnelig og feminint, og dette er egenskaper som kanskje ikke like lett tilskrives mannen selv om det kanskje er til stede hos ham. En årsak kan være at mannsforskningsfeltet i stor grad har vært preget av kvalitative undersøkelser. Kanskje er det slik at mange forskere er farget av teorier og forståelser som allerede eksisterer i feltet og derfor tillegger informantene sine meninger de ikke har. Dette kan føre til at vedtatte forståelser reproduseres. Kanskje er det også slik at det er lettere å generalisere ut fra små utvalg når disse forståelsene allerede eksisterer i feltet.

Connell (1995) påpeker viktigheten av å forholde seg til *maskuliniteter* (flertall) framfor *maskulinitet*. På ethvert gitt tidspunkt eksisterer konkurrerende maskuliniteter. I følge Connell inneholder kjønnsordenen to strukturelle aspekter: Et hierarkisk, hvor menn

dominerer kvinner, og et system av mellommannlig dominans, hvor en minoritet av mennene dominerer massene. Hvordan kjønnsuttrykkene og handlingsstrategiene varierer i forhold levekår er kanskje vanskelig å gripe fatt i ut fra små kvalitative utvalg.

Likevel kan man ikke se bort fra at menn i mange tilfeller må oppleve en krise før de blir kjent med visse sider av seg selv. Da Lilleaas (2006) intervjuet menn som hadde opplevd et hjerteinfarkt, kom det fram at enkelte av dem hadde blitt mer følsomme etter hendelsen. De hadde blitt kjent med sider ved seg selv som de ikke tidligere kjente til.

At syke menn snakker om sykdommen sin i så stor grad som analysene i denne oppgaven indikerer, behøver ikke nødvendigvis bryte med bildet av den tradisjonelle mannen som ordknapp. En forklaring kan være at HKS "tvinger" menn til å gi uttrykk for tilstanden og sette ord på følelser og symptomer i dialog med helsepersonell når sykdommen rammer. Menn med HKS kan således få et verktøy de ikke hadde tidligere. Dessuten sier en kvantitativ undersøkelse ingenting om nærheten, innholdet eller kvaliteten på samtalen. Samtalen kan gjerne handle om instrumentell eller innformell støtte som veiledning og assistanse. Dette er i tilfelle konsistent med det som forbindes med maskulinitet og bygger opp under bildet av mannen som aktiv og autonom problemløser (Charmaz 1995).

Konstruksjon av kjønn skjer gjennom handling. Hva som ansees som "riktig" maskulinitet, kan variere med klassetilhørighet og utdanning. Ulike undergrupper konstruerer ulike former for maskulinitet. Som vi så i kapittel 2, sier Kimmel (2000) at mange av forskjellene som tilskrives kjønn, egentlig skyldes andre faktorer, som alder, sosioøkonomisk status og ekteskapelig status. I analysene i denne oppgaven har jeg kontrollert for flere faktorer av denne typen. I analysene som tok for seg fortrolighet og i hvilken grad man snakker med andre om sine helseproblemer, skilte de med høy utdanning seg ut. Disse oppga i større grad å ha noen fortrolige, og også å i større grad snakke om helseproblemene sine. En forklaring kan være at de gjennom utdanning har konstruert en form for maskulinitet hvor disse egenskapene er naturlig og legitime. Til tross for dette så jeg at kjønn hadde en tydelig effekt. Så selv om visse forskjeller skyldes alder, sosioøkonomisk status, parforhold og utdanning, kan kjønnsforskjellene tilskrives mye av variasjonene i sykdomshåndtering og hvordan man reagerer på sykdom. Dette

betyr at kjønnsperspektivet er viktig for å få økt kunnskap om menn og kvinners helseforståelse.

9.2 Overføringsverdi fra håndtering av HKS til håndtering av andre sykdommer

I utgangspunktet ønsket jeg å kunne si noe om menns generelle sykdomshåndtering med bakgrunn i hvordan de håndterer HKS. I denne oppgaven har jeg kun undersøkt håndtering av HKS. Spørsmålet er om håndtering av HKS lar seg overføre til andre sykdommer. Det kan hende at HKS skiller seg fra mange andre sykdommer siden den regnes som en sykdom som i stor grad rammer menn, og at man kan rammes av den ved å ha en livsstil som gjerne regnes som mannlig. HKS er i tillegg en sykdom som forbindes med fart og dramatikk. Et hjerteinfarkt fører enten til død eller klar bedring. HKS er på denne måten en sykdom som passer godt inn i et mannlig narrativ. Hadde jeg i denne oppgaven tatt utgangspunkt i menn med kreft, en sykdom som er av en helt annen karakter enn HKS, kan det hende resultatene hadde blitt annerledes. Det er ikke sikkert at disse mennene i like stor grad hadde hatt noen fortrolige og snakket like mye om sykdommen sin. For å si noe på generell basis om menns sykdomshåndtering kreves studier av menns håndtering av også andre sykdommer.

9.3 Svakheter ved analysene

En begrensning ved tallmaterialet som denne oppgaven tar utgangspunkt i, er at det ikke tillater meg å finne årsaksretning. Det hadde vært interessant å finne ut hva HKS *fører til*. Kanskje fører HKS til at menn får flere fortrolige? I stedet har jeg kunnet undersøke hva som kjennetegner ulike grupper og hvordan de er i forhold til hverandre. Utvalget mitt setter med andre ord begrensninger for hvilke konklusjoner som kan trekkes. Det er fristende å lete etter årsakssammenhenger, men datamaterialet tillater meg det ikke.

En annen svakhet ved analysene er at antall personer med HKS, som finnes i datamaterialet, er lavt. Siden personer med HKS utgjør en relativt liten andel av det totale utvalget, kan det være vanskelig å få signifikante resultater fra analysene. Dessuten setter et lite utvalg begrensninger for hvor mange variabler som kan trekkes inn i analysene.

Når man arbeider med et allerede eksisterende datasett, betyr det at man ikke nødvendigvis står fritt til å undersøke alle sammenhengene man er interessert i. I denne oppgaven hadde det vært ønskelig å kunne supplere med analyser fra paneldata, med utgangspunkt i personer med HKS, for på best mulig måte å kartlegge årsakssammenhenger.

En annen svakhet ved datatilfanget er at vi ikke vet hvor nylig HKS-tilstanden har rammet. Ferskheten i tilstanden vil kunne påvirke håndtering både i forhold til livskvalitetsdimensjonene (angst, depresjon og egenvurdert helse) og i forhold til behovet for samtalepartnere, sysselsetting og kontakt med helsevesenet. Av den grunn må resultatene tolkes med forsiktighet.

9.4 Fremtidig forskning

Forskning på menn og sykdomshåndtering med utgangspunkt i et kjønnsperspektiv er i startgropen her i Norge. Viktigheten av følsomhet for kjønn har blitt belyst gjennom denne oppgaven. Kvalitative studier har blitt gjort, men til nå er få kvantitative arbeider gjennomført. Dette trengs for å danne et mest mulig komplett bilde. I tillegg må menns håndtering av også andre sykdommer undersøkes fordi det er sannsynlig at menn vil reagere og håndtere annen sykdom annerledes. For å finne forskjeller i sykdomshåndtering innad hos menn kreves flere undersøkelser. Utvalget som er brukt i denne oppgaven er relativt lite, men stort nok til at vi har sett variasjoner i forhold til bestemte bakgrunnsvariabler. Hvilke normer forskjellige grupper av syke menn følger, og hvordan handlingsstrategiene er fordelt blant disse og ikke bare i forhold til kvinner, er dimensjoner man må undersøke nærmere når det gjelder sykdomshåndtering. Dette er viktig for å utvikle kunnskap om hvordan man kan komme menns handlingsstrategier som er uheldige for helsen, til livs.

Litteraturliste

Album, Dag (1991): "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje". *Nordisk Medisin*, nr. 8-9: 232-236.

Backman, Stina (2005): *Den sjuke mannen. Populärkulturella gestaltningar av manlig ohälsa*. Stockholm: Carlsson bokförlag.

Bourdieu, Pierre (2000): *The Logic of Practice*. California: Stanford University Press.

Bourdieu, Pierre (2000): *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag.

Bury, Michael (1997): *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.

Calnan, Michael (1987): *Health & illness, the lay perspective*. London: Tavistock Publications Ltd.

Charmaz Kathy (1995): "Identity Dilemmas of Chronically Ill men". I Donald Sabo & Frederick Gordon (red.) *Men's Health and Illness, Gender, Power, and the body*. California: Sage Publications.

Connell, R.W. (1987): *Gender & Power*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R.W. (1995): *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Courtenay, Will H. (2000): "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health". *Social Science and Medicine*, 50(10): 1385-1401.

Freund, Peter E.S. & Meredith B. McGuire (1991): *Health, illness and the social Body. A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.

Goffman, Erving (1959), *The presentation of life in everyday life*. London: Allan Lane/The Penguin press.

Gunnarsson, Ewa & Susanne Andersson (2003), "Spegling och problematisering av mannsforskning i arbetsliv och organisationer". I Thomas Johansson og Jari Kuosmanen (red.) *Mannlighetens många ansikten*. Malmö: Lieber.

Helgeson, Vicki S. (1995), "Masculinity, Men's roles, and Coronary Heart Disease". I Donald Sabo & Frederick Gordon (red.) *Men's Health and Illness, Gender, Power, and the body*. California: Sage Publications.

Johnson, Joy L & Janice M. Morse (1991): *The Illness experience: dimensions of suffering*. California: Sage Publications.

Kimmel, Michael S. (1995), "Series Editor's Introduction". I Donald Sabo & Frederick Gordon (red.) *Men's Health and Illness, Gender, Power, and the body*. California: Sage Publications.

Kimmel, Michael S. (2000), *The gendered society*. New York: Oxford University Press.

Lilleaas, Ulla-Britt og Dag Ellingsen (2003), *Kvinnekroppens kår*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lilleaas, Ulla-Britt (2003), *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne*. Dr.politavhandling. Rapport nr.2. Oslo: Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Lilleaas, Ulla-Britt (2006), "Det sterke kjønns sårbarhet". *Sosiologisk tidsskrift*, Vol. 14: 311-325.

Lunde, Elin Skretting (2000), "Større åpenhet om psykiske lidelser". *Helse i Norge*, kap. 4: 49-63. Statistiske analyser nr. 41. Oslo og Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Miller, Judith Fitzgerald (2000), "Client power resources". I Judith Fitzgerald Miller (red.) *Coping with chronic illness. Overcoming powerlessness*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Miller, Judith Fitzgerald (2000), "Analysis of coping with illness". I Judith Fitzgerald Miller (red.) *Coping with chronic illness. Overcoming powerlessness*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Måseide, Per (1983), *Medisinsk sosiologi*. Oslo: Aschehoug.

NOU (1993), "Levekår i Norge – Er graset grønt for alle?". *Norges offentlige utredninger, NOU 1993: 17*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, seksjon statens trykking.

Rosengren, Annika, Lars Wilhelmsen og Kristina Orth-Gomér (2004), "Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men – A 15 year follow-up in the study of men born in 1933". *European Heart Journal*, 25: 56-63.

Sabo, Donald & David Frederick Gordon (1995), "Rethinking Men's Health and Illness". I Sabo, Donald & Frederick Gordon (red.) *Men's Health and Illness, Gender, Power, and the body*. California: Sage Publications.

Saltonstall, Robin (1993), "Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life". *Social Science and Medicine*, 36(1): 7-14.

Seidler, Victor Jeleniewski (1997), *Man Enough, Embodying Masculinities*. London: Sage Publications.

Standard for norsk statistikk nr. 5 (1984), *Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status*. Oslo og kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Vikan, Stein Terje (2001), *Kvinner og menn i Norge 2000*. Oslo og Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Whitehead, Stephen M. (2002), *Men and Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Zellweger, Michael J, Remo H. Osterwalder, Wolf Langewitz og Mattias E. Pfisterer (2004), "Coronary artery disease and depression". *European Heart Journal*, nr.25: 3-9.

Alle kilder er oppgitt

Antall ord: 32868